

Assessment of the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Processing in Anxious Nurses

Abbas Abolghasemi¹, Samaneh Asadi^{2,*}

¹ Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

² MSc of Clinical Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

* **Corresponding author:** Samaneh Asadi, MSc of Clinical Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. E-mail: samanehasadi64@gmail.com

Received: 30 Apr 2015

Accepted: 27 Feb 2016

Abstract

Introduction: Anxiety disorders are among the widely-spread disorders that today, is in all parts of people's lives. Mindfulness-based cognitive therapy is a third-generation cognitive behavior therapy in treatment of anxiety disorders. Accordingly, the necessity of using teaching methods which are more effective is important. We aimed to determine the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on emotional processing in anxious nurses.

Methods: This was a quasi-experimental study, in which pretest-posttest control group was used. Forty subjects completed the study; the study sample was randomly selected from nurses of Ardabil anxiety groups (mindfulness-based cognitive therapy) and were assigned to a waiting list. Anxiety questionnaire for data collection-trait mindfulness questionnaires and scales were used for emotional processing. Data analysis of variance was done with SPSS v. 16 software.

Results: Results showed that the mean scores of anxiety and emotional processing in the experimental group significantly decreased compared to the control group of ($P < 0.01$).

Conclusions: The results showed that training of knowledge-based cognitive therapy on anxiety and emotional processing was effective in nurses. Therefore, based on knowledge of cognitive therapy, training to improve nurses' anxiety and emotional processing should be taken into consideration.

Keywords: Anxiety; Mindfulness; Nurse; Emotional Processing; Cognitive Therapy

بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی بر پردازش هیجان در پرستاران مضطرب

عباس ابوالقاسمی^۱، سمانه اسدی^{۲*}

^۱ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول: سمانه اسدی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل:

samaneasadi64@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۰۸

چکیده

مقدمه: اضطراب از جمله اختلالات روانی است که امروزه به صورت گسترده ای در تمامی اجزای زندگی افراد وجود دارد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یکی از درمان های شناختی رفتاری نسل سوم در زمینه درمان اختلالات اضطرابی است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی بر پردازش هیجان در پرستاران مضطرب بود.

روش کار: این پژوهش به صورت شبه تجربی بود که در آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان پرستاران دارای اضطراب شهر اردبیل در سال ۱۳۹۲ انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروههای آزمایش با مداخله (شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی) و گروه کنترل گمارده شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر، پرسشنامه آگاهی و مقیاس پردازش هیجان استفاده شد. داده های پژوهش با نرم افزار SPSS v. 16 تجزیه و تحلیل شد. از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه گروهها استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات اضطراب و پردازش هیجان در گروه آزمایش به طور معناداری نسبت به گروه کنترل در پرستاران کاهش یافت ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی بر اضطراب و پردازش هیجان در پرستاران موثر بوده است. لذا نقش آموزش شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی جهت بهبود اضطراب و پردازش هیجان در پرستاران باید مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه ها: اضطراب، آگاهی، پرستار، پردازش هیجانی، شناخت درمانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اضطراب شایع ترین احساسی است که همه انسانها آن را به نحوی در طول دوران زندگیشان تجربه می کنند. این احساس که با حالتی از انتظار ناراحت کننده از وقوع یک اتفاق ناگوار مشخص است، پاسخی شایع به تنیدگی همراه با نگرانی، ترس یا حس درماندگی مربوط به موقعیتی تهدید کننده یا پیش بینی تهدید ناشناخته که با یک یا چند احساس جسمی (تنگی نفس، تپش قلب و...) نسبت به خود یا اطرافیان می باشد (۱). بر اساس مطالعات مختلف به نظر می رسد که تقریباً یک نفر از هر ۴ تا ۵ نفر جمعیت دنیا در طول سال به اختلالات روانی دچار می شوند که از این تعداد ۶۰ درصد افرادی که دچار اضطراب می شوند

را زنان و ۴۰ درصد را مردان تشکیل می دهند و شیوع آن معمولاً بین سنین ۱۶ تا ۶۵ سال می باشد (۲).

از جمله گروههایی که به طور روزمره با پدیده اضطراب و اثرات آن مواجه هستند، پرستاران می باشند. باتوجه به اینکه پرستاران جزء ضروری ترین نیروی کار در سیستم مراقبت های بهداشتی هستند عملکرد آنان بدون شک بر کیفیت کلی مراقبت از بیماران اثر گذار است (۳). در مطالعه ای میزان شیوع اضطراب در پرستاران ایرانی را ۶۸٪ گزارش کردند (۴). نتایج مطالعه ای دیگر نشان داده است که حرفه پرستاری با سطح بالایی از اضطراب همراه است. بی تردید وجود اضطراب تأثیرات بسزایی بر جنبه های مختلف زندگی پرستاران گذاشته

و دارای عواقب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، شغلی و... فراوانی است. یکی از مشکلاتی که پرستاران با توجه به بالا بودن میزان تنش در حین کار با آن مواجه می گردند، عدم توجه هدفمند و آگاهی مداوم و لحظه به لحظه می باشد (۵).

Siegel (۲۰۱۰) معتقد است تمرین های مبتنی بر آگاهی برای طیف قابل توجهی از افراد با مشکلات متنوع مفید می باشد (۶). Kabat-zinn (۱۹۹۲) آگاهی را به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت تعریف می کند، آگاهی یعنی تجربه بدون داوری واقعیت موجود و آموزش های مبتنی بر آگاهی با ادغام تکنیکهای مراقبه و واریسی بدنی در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس های بدنی غیرارادی برنامه ریزی شده است، به طوری که بتوان با به کارگیری تکنیکهای آن پاسخ های وابسته به افکار، احساسات و حس های بدنی را از حالت غیر ارادی خارج نمود و در بروز آنها تغییر ایجاد کرد (۷). این تکنیک ها به افراد می آموزد الگوهای عادی، غیر ارادی و نشخوار ذهنی را شناسایی و آن ها را به الگوهای آگاهانه و ارادی مبدل کنند تا احساسات و اندیشه های منفی به عنوان رویدادهای ساده و گذرا در ذهن تلقی شود (۸). آگاهی از طریق آگاه بودن مداوم از احساسات فیزیکی، ادراکات، عواطف و افکار و تصورات پدید می آید و آموزش آگاهی با تلفیقی از تن آرامی و مراقبه است. آگاهی یکی از روش های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان درمانی است که از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می شود (۹). در پژوهش های مختلفی آموزش مراقبه آگاهی به عنوان کاهنده درد و کاهش دهنده اضطراب (۱۰) و کاهش بد کارکردی ذهنی (۱۱) را به دنبال دارد. همچنین آموزش آگاهی بر بهزیستی روانشناختی (۱۲) تاثیر دارد و در پژوهش هایی که بر روی پرستاران انجام گردید منجر به بهبود نشانه های اضطراب و فشارخون (۳)، کاهش میزان خود گزارش دهی استرس در دانشجویان پرستاری (۱۳) و افزایش تاب آوری در پرستاران دچار اضطراب، افسردگی و استرس شد (۱۴).

متغیر دیگری که می تواند بر اضطراب پرستاران اثر گذار باشد، پردازش هیجان است. شواهد زیادی در رابطه با نقش زیاد پردازش هیجان در اختلالات اضطرابی وجود دارد که نشان می دهد پردازش هیجان سهم عمده در سازگاری با اضطراب دارد. پردازش هیجان را فرایندی می داند که به وسیله آن آشفتگی عاطفی به اندازه ای کاهش می یابد که تجارب و رفتارهای دیگر بدون پریشانی می تواند صورت بگیرد. به نظر Rachman (۱۹۶۰) چهار دسته عوامل وجود دارد که ممکن است به مشکلاتی در پردازش هیجان منجر شود که عبارتند از: اجتناب شناختی (فرایندی که طی آن ذهن از پذیرش وقایع و رویدادها خودداری می کند)، نداشتن تجربه ای از عادات پذیری های کوتاه مدت، افسردگی و عقاید بیش بهاد داده شده (۱۵). نتایج مطالعات گذشته نشان می دهند افرادی که از لحاظ پردازش هیجان سبکهای شناختی ضعیف تری مانند نشخوار گری، فاجعه انگاری و ملامت خویش استفاده می کنند نسبت به سایر افراد بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیرتر می باشند. درحالی که افرادی که از سبکهای مطلوب دیگر مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می کنند، آسیب پذیری کمتری دارند (۱۶). در برخی از آسیب های روانی یک یا چند مولفه از مولفه های پردازش هیجان دچار اختلال می شود. این نواقص به طور مثال در حیطه هایی همچون ادراک، حافظه و یا در بروز هیجانات رخ می دهند و به تبع آن توانایی

بیماران برای انجام یک یا چند کارکرد هیجانی سازگارانه مختل می شود (۱۷). در مطالعه ای که به منظور بررسی تغییرات شاخص های پردازش هیجان، کمال گرایی و نوع اختلال انجام گردید، مشخص شد که در موقعیتهایی که افراد با استرس مواجه می شوند، وجود نگرانی و افزایش عنصرکمال گرایی در گروههای مورد مطالعه مانع پردازش هیجان شده است (۱۸). در مطالعه Golman و همکاران (۲۰۱۲) نتایج نشان داد که خود آگاهی هیجانی با سبک های رهبری ارتباط معناداری دارند (۱۹). همچنین در تحقیقی نشان داده شد که پردازش پس رویدادی هیجان یکی از پیش بینی کننده های اضطراب است (۲۰). در تحقیق دیگری نتایج نشان داد بین آگاهی، حافظه فعال و تنظیم هیجان در پرستاران ارتباط وجود دارد (۲۱). در مطالعه آریاپوران که بر روی جانبازان شیمیایی انجام شد، نتایج نشان داد آموزش های آگاهی و تنظیم هیجان بر بهبود علایم جسمانی و سلامت روان جانبازان شیمیایی اثر بخش بوده است (۲۲). همچنین مطالعه-Roberts و Wolfe (۲۰۱۲) نشان داد آموزش آگاهی حافظه هیجانی افراد مورد مطالعه را در گروه آموزش با توجه به مکانیسمی که در مدل های شناختی اضطراب و افسردگی وجود دارد به نسبت گروه کنترل تغییر داده و این تغییر در پردازش هیجان منجر به رشد در سلامت روانی و کاهش اضطراب شده است (۲۳). Gross (۲۰۰۳) نیز دریافت آموزش آگاهی مبتنی بر کاهش استرس موجب بهبود پردازش هیجان و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به ترس اجتماعی شده است (۲۴). با توجه به پژوهش های فوق الذکر، تاکنون در رابطه با اضطراب و پردازش هیجان در گروه پرستاران پژوهشی صورت نگرفته بود، از آنجا که اضطراب و پیامدهای آن سبب بروز مشکلات فراوان در افراد و مخصوصا کارکنان سیستم های بهداشتی و درمانی می گردد، لذا ضروری است توجه زیادی به آن گردد و از طریق روش های موثر به مقابله با اضطراب پرداخته شود. وجود اضطراب به تنهایی باعث شکل گیری استرس و فشار های کاری، ابتلا به دیگر بیماری های روانشناختی و عدم تمرکز کافی در محیط کاری و هنگام انجام کارهای روزمره زندگی شخصی و شغلی می شود و قادر است تا آسیب های جسمی و روانشناختی زیادی را متوجه افراد سازد. لذا با عنایت به خلاء بوجود آمده از سوی پژوهشگران این تحقیق، نسبت به این پدیده و اثراتی که در مواجه پرستاران با آن در مراکز بهداشتی و درمانی بر آنان مترتب است، احساس نیاز شده و مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی آموزش آگاهی بر پردازش هیجان در پرستاران مضطرب انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش به صورت شبه تجربی است که از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل تشکیل شده بود. در این پژوهش، آموزش آگاهی به عنوان متغیر مستقل و پردازش هیجان و اضطراب به عنوان متغیر های وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران بیمارستانهای شهر اردبیل در سال ۱۳۹۲ تشکیل داده اند و نمونه این پژوهش شامل ۴۰ پرستار مضطرب بود که به صورت داوطلبانه از میان پرستاران مضطرب انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل). نمونه آزمایشی و کنترل شامل پرستاران دارای اضطراب بود که به صورت زیر انتخاب شدند: پس از اینکه مجوز های لازم از دانشگاه

علوم پزشکی اردبیل اخذ شد، با مراجعه به بیمارستان های انتخاب شده ابتدا از تمامی پرستاران آزمون اضطراب جهت شناسایی پرستاران مضطرب به عمل آمد. آزمودنی هایی که در مرحله مقدماتی نمره بالاتر از ۴۳ در مقیاس اضطراب (حالت - صفت اسپیلبرگر) کسب نمودند و مورد مصاحبه بالینی (دارای ساختار مشخص) قرار گرفتند، به عنوان پرستار مضطرب شناسایی شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی های شرکت کننده در گروه آموزش به مدت ۱/۵ ساعت و هر هفته ۱ جلسه به مدت ۸ هفته در بیمارستان محل کارشان مورد آموزش قرار گرفتند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه بایستی ۱۵ نفر باشد، اما در این پژوهش به خاطر افزایش اعتبار بیرونی این تعداد به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. معیار های ورود به پژوهش مشتمل بر عدم ابتلا به بیماری جسمی و

روانی حاد، عدم شرکت در پژوهش مشابه، ابتلا به اضطراب با میزان متوسط (آن طور که شرایطش در بالا ذکر گردید) و معیار های خروج از پژوهش نیز عدم شرکت بیش از سه جلسه و عدم رضایت به شرکت در ادامه پژوهش بودند. آموزش انجام شده بر اساس الگوی Crane (۲۰۰۹) انتخاب شد (۲۳) و به گروه کنترل نیز هیچ گونه آموزشی داده نشد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس، جهت رعایت پیش فرض های تحلیل واریانس آزمونهای باکس و لوین به عمل آمد که نشان دهنده همگنی واریانس است ($P > 0/05$)، بنابر این شرایط همگنی در متغیر های کمی برای استفاده از آزمون های پارامتری بررسی شده است. شرح جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی در [جدول ۱](#) آورده شده است.

جدول ۱: شرح جلسات شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی آموزش داده شده به پرستاران دارای اضطراب بیمارستان امام خمینی اردبیل سال ۱۳۹۲

تعداد جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوم استفاده از آموزش آگاهی و آشنایی با هدایت خودکار
جلسه دوم	آموزش مراقبه و آرسی بدن، انجام تنفس آگاهانه و مراقبه ذهنی، تمرکز درمورد تمرین ها و حس کردن دقیق آنها
جلسه سوم	انجام ۳ دقیقه تنفس، انجام حرکات هشیارانه، پیگیری تمرین های مراقبه و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن به صورت یک تفکر ذهن آگاهانه از طریق دیدن یا شنیدن
جلسه چهارم	تجربه نمودن و درک لحظه حاضر، ۵ دقیقه دیدن یا شنیدن یا شیوه آگاهانه، کشف تجارب ناخوشایند کشف و تعریف مساله اضطراب و تمرکز متناوب بر خستگی و استرس
جلسه پنجم	تاکید بر چگونه واکنش نشان دادن به آنچه که فکر و احساس می گردد، کشف تاثیرات تمرین های مراقبه بر ذهن و بدن، تمرین واکنش به الگوهای عادی شده
جلسه ششم	آموزش نظارت آگاهانه برقرار نمودن در رابطه با افکار، آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، آموزش توجه به ذهن، توجه بدون قضاوت به افکار و اجازه دادن برای ورود و پذیرش آنها
جلسه هفتم	انجام تمرین های تنفس آگاهانه، توجه به اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات به علاوه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تاثیر آن بر ذهن و بدن
جلسه هشتم	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون

در این پژوهش به منظور گرد آوری اطلاعات از چهار مقیاس استفاده شد:

الف) مقیاس آگاهی فرایبرگر - فرم کوتاه: این پرسشنامه توسط Freyberger و همکاران (۲۰۰۴) ساخت و اعتبار یابی شده است. دارای ۱۴ گویه بوده و دو زیر مقیاس پذیرش آگاهانه (هشت گویه) و حضور آگاهانه (شش گویه) را می سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ بوده و برای فرم کوتاه ۱۴ گویه ای در گروه افراد عادی برابر با ۰/۷۹ بوده و ضریب همبستگی آن در گروه افراد بیمار برابر با ۰/۸۶ و در افراد غیر بیمار ۰/۳۱ بدست آمده است. در بررسی مقدماتی که آریا پوران بر روی جانبازان شیمیایی انجام داده است، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ و پایایی دو نیمه سازی آن ۰/۶۶ و پایایی باز آزمون در آن ۰/۵۶ بوده است (۲۲). در این پژوهش میزان پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برابر با ۰/۸۷ محاسبه شد.

ب) مقیاس پردازش هیجان: باکر و همکاران (۲۰۰۷) یک مقیاس خود گزارشی ۳۸ آیتمی را برای اندازه گیری سبک های پردازش هیجان تدوین کردند (۱۶). نسخه اصلاح شده این مقیاس یک ساختار پنج عاملی با ۲۵ آیتم است که توسط Baker و همکاران (۲۰۱۰) ساخته شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. ضریب پایایی باز آزمایی آن ۰/۷۹ بدست آمده است. به منظور تعیین اعتبار این مقیاس با تنظیم هیجان همبسته شد. نتایج نشان داد که بین این دو مقیاس همبستگی منفی معناداری وجود دارد ($-0/054$) = R. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۴ بدست آمد.

ج) مقیاس افکار اضطرابی: پرسشنامه افکار اضطرابی (Wells ۲۰۰۲) یک ابزار چند بعدی در مورد نگرانی است. او ضرایب آلفای کرونباخ نگرانی اجتماعی را ۰/۸۴، نگرانی بهداشتی ۰/۸۱ و فرا نگرانی را ۰/۷۵ گزارش کرده است. نسخه فارسی این آزمون توسط فتی، موتابی و ضیایی بررسی شد که پایایی درونی زیر مقیاس های فرم فارسی برای

بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد آموزش آگاهی بر کاهش پردازش هیجان در پرستاران به طور معنی داری موثر است. این یافته با نتایج پژوهش های قبلی همخوانی دارد به طوری که Goldin و Gross پژوهشی را با هدف تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر آگاهی انجام دادند که به بهبود نشانه های استرس و اضطراب منجر شد.

همچنین در این پژوهش نشان داده شد که در طول فعالیت تمرکز مبتنی بر توجه و تجربه هیجان، فعالیت آمیگدال و کاهش فعالیت هایی در آن بخش از نواحی مغز که در رشد و توجه نقش دارند، افزایش پیدا کرده است. از نتایج دیگر این پژوهش، کاهش پردازش هیجان و افزایش تنظیم هیجان بعد از آموزش آگاهی بوده است (۲۵).

در توجیه این یافته می توان گفت چون آگاهی احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همانطور که اتفاق می افتند کمک می کند، بنابراین آموزش آن برای پرستارانی که دارای اضطراب هستند و به تبع آن دارای پردازش هیجان بیشتر می باشند سبب می گردد که آنان احساسات و نشانه های روانشناختی خود را بپذیرند و قبول این پذیرش باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه ها در آنان می شود.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای ذهن آگاهی، پردازش هیجان و افکار اضطرابی در دو گروه آزمایش و کنترل در پرستاران دارای اضطراب بیمارستان امام خمینی اردبیل سال ۱۳۹۲

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد
ذهن آگاهی	
پیش آزمون	
آزمایش	$1/39 \pm 25/2$
کنترل	$2/52 \pm 25/6$
پس آزمون	
آزمایش	$3/06 \pm 41/2$
کنترل	$2/4 \pm 25/75$
پردازش هیجانی	
پیش آزمون	
آزمایش	$10/15 \pm 67/7$
کنترل	$9/63 \pm 72$
پس آزمون	
آزمایش	$7/47 \pm 44/95$
کنترل	$13/6 \pm 72/25$
افکار اضطرابی	
پیش آزمون	
آزمایش	$7/89 \pm 49/05$
کنترل	$7/77 \pm 49$
پس آزمون	
آزمایش	$7/47 \pm 44/95$
کنترل	$7/1 \pm 52/35$

مقیاس نگرانی اجتماعی، نگرانی بهداشتی و فرا نگرانی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ و پایایی آزمون- باز آزمون ۰/۷۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۰ بوده است. ضریب همبستگی نگرانی اجتماعی ($r = 0/63$) نگرانی بهداشتی ($r = 0/36$) و فرا نگرانی ($r = 0/68$) با مقیاس اضطراب صفت اسپیلبرگر معنادار گزارش شده است ($P < 0/01$). ضریب آلفای کرونباخ جهت سنجش پایایی برای این آزمون ۰/۸۱ بدست آمده است.

د) مقیاس اضطراب حالت - صفت: Speilberger پرسشنامه اضطراب حالت - صفت Speilberger و همکاران تدوین و اعتبار یابی شده است. این پرسشنامه ۴۰ ماده دارد و شامل دو مقیاس اضطراب حالت (آشکار) و اضطراب صفت (پنهان) است این پرسشنامه حاوی ۴۰ سوال است که از ۲۰ سوال اختصاص به اضطراب حالت و ۲۰ سوال اختصاص به اضطراب صفت دارد. سوالات مربوط به اضطراب حالت در طیف لیکرت چهار گزینه ای نمره گذاری می شوند که عبارتند از: به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد. و سوالات مربوط به اضطراب صفت نیز به همان صورت ۴ گزینه ای نمره گذاری می شوند که عبارتند از: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه.

در نهایت دو نمره به دست می آید که نمره اول نشان دهنده اضطراب حالت و نمره دوم نشان دهنده اضطراب صفت است. هر فرد نیز می تواند در این دو نوع اضطراب نمراتی بین ۲۰ تا ۸۰ کسب کند. او و همکاران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس های اضطراب حالت و اضطراب صفت را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش کرده اند. علاوه بر این مطالعات نشان می دهد که همبستگی بین دو فرم اضطراب بسیار بالا می باشد (۰/۹۶ تا ۰/۹۸) و همبستگی بین مقیاس خصیصه ای اضطراب Speilberger و مقیاس های دیگر که سازه اضطراب را می سنجند نیز بالاست. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این آزمون در پژوهش حاضر ۰/۹۰ بدست آمده است. نمره برش این پرسشنامه بالاتر از ۴۳ می باشد و فقط در این پرسشنامه مورد نیاز بوده است. پس از جمع آوری داده ها، داده های پژوهش با آزمون های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به این صورت که از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) همچنین از آزمون تی جهت مقایسه میانگین های مستقل متغیر های مورد پژوهش استفاده شد و سرانجام داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته شدند.

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد و با کد پایان نامه ۶۹۹ ثبت گردیده است. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب اجازه از مسئولین مربوطه، معرفی خود به واحد های مورد پژوهش و تشریح اهداف و ماهیت پژوهش، کسب رضایت شفاهی از پرستاران شرکت کننده و جلب مشارکت آنان در پژوهش، ارائه نتایج مطالعه به مسئولین بیمارستان مورد مطالعه و در آخر اطمینان خاطر بخشیدن به افراد شرکت کننده مبنی بر اینکه اطلاعات شخصی آنها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند می باشد.

یافته ها

در **جدول ۲** آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای معناداری تفاوت تعامل متغیر های مورد مطالعه انجام شد و نتایج مقایسه میانگین های مستقل نیز در **جدول ۳** اشاره گردیده است.

جدول ۳: مقایسه نمرات متغیرهای مورد مطالعه در پیش آزمون- پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در پرستاران دارای اضطراب بیمارستان امام خمینی اردیبهشت سال ۱۳۹۲

تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	آزمون
۵۴۷۵/۶۰۰		$t = ۷/۱۸, df = ۳۸, P = ۰/۰۰۱$
پیش آزمون	$۱۰/۱۵ \pm ۶۷/۷۰$	
پس آزمون	$۷/۴۷ \pm ۴۴/۹۵$	
۲۵۱۲/۲۲۵		$t = ۱۶/۳۱, df = ۳۸, P = ۰/۰۰۱$
پیش آزمون	$۱/۳۹ \pm ۲۵/۲$	
پس آزمون	$۲/۰۶ \pm ۴۱/۲$	
۴۲۴۳/۶۰۰		$t = ۶/۲۸, df = ۳۸, P = ۰/۰۰۱$
پیش آزمون	$۷/۸۹ \pm ۴۹/۰۵$	
پس آزمون	$۵/۰۳ \pm ۳۱/۸$	

شناختی و تن آرامی پیشرونده عضلانی که جزء تکنیکهای آگاهی هستند (۸)، نیز به تنهایی یا باهم باعث کاهش معنی دار سطح اضطراب شده اند. بنابراین می توان علت اثر بخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی را در این پژوهش بر کاهش اضطراب پرستاران این گونه بیان کرد.

نتیجه گیری

در نتیجه گیری، یافته های این پژوهش نتایج مهم و معنی داری را در رابطه با اثر بخشی آموزش آگاهی بر کاهش اضطراب و بهبود پردازش هیجان در پرستاران به دست می دهد. به طور کلی مطالعات مطرح شده همسو با مطالعه فعلی می باشد که بیانگر ضرورت بالای اجرای مداخلات مرتبط با پرستاران به ویژه در برنامه های آموزشی آنان است و می تواند در آینده راهگشایی در مسیر هدایت مشاوران و درمانگران بالینی جهت کاهش اضطراب کادر درمانی بیمارستانها، خصوصا پرستاران باشد. با عنایت به اینکه پرستاران از جمله گروههایی هستند که بیشترین صدمه و آسیب را از ابتلا به اضطراب و نگرانی در حیطه شغلی خود متوجه خواهند شد. از جمله محدودیت های این پژوهش، عدم همگنی دو گروه از نظر جنسیت در گروه های مورد مطالعه، تعداد جلسات کوتاه مدت و عدم انجام پیگیری در پرستاران مبتلا به اضطراب بود. در پایان پیشنهاد می شود تا مسئولین حوزه بهداشت و درمان اقدام به فراهم نمودن شرایط مناسب برای حفظ سلامت جسمی و روانی کارکنان خود نمایند. همچنین، انجام مطالعات بیشتر جهت بررسی سایر عوامل موثر بر سلامت و نیز راهکارهای ارتقاء سلامت روان در کادر پرستاری مبتلا به اضطراب مد نظر قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی پرستارانی که علیرغم فشرده کاری با این پژوهش همکاری و مساعدت لازمه شان را مبذول داشتند، اعلام می دارند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

Weinstein و همکاران پژوهشی را با هدف تاثیر آگاهی بر استرس، مراقبه و بهزیستی هیجانی انجام دادند، نتایج این پژوهش نشان داد که افراد آگاه ارزیابی های بی خطری از استرس دارند و کمتر از راهبرد های مقابله ای اجتنابی و بیشتر از راهبرد های مقابله ای مبتنی بر نزدیکی استفاده می کنند (۲۶). با توجه به اینکه مهارت های تنظیم توجه و هیجان و تمرکز بر احساسات و پذیرش بدون قضاوت آنها جزء فنون شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی هستند و سوابق پژوهشی به تایید این مساله نیز پرداخته اند (۲۷)، بنابر این می توان علت اثر بخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی را در این پژوهش بر کاهش پردازش هیجان پرستاران این گونه بیان کرد.

یافته های پژوهش حاضر همچنین نشان می دهد که آموزش آگاهی بر کاهش اضطراب پرستاران به طور معنی داری موثر است. این یافته با نتایج قبلی همخوانی دارد، به طوری که آموزش آگاهی در کاهش اضطراب دانشجویان (۱۲، ۲۸) و اضطراب بیماران (۱۰، ۲۷-۳۱) موثر بوده است. در پژوهشی که Zeidan و همکاران با هدف تاثیرات آموزش آگاهی بر باز سازی شناختی و کاهش درد بر روی افراد دارای مشکلات درد انجام داد، نتایج نشان داد آموزش آگاهی باعث کاهش درد و نمرات اضطراب از طریق بازسازی شناختی در بیماران دارای درد های مزمن بوده است و نیز این پژوهش نشان داد آموزش آگاهی دارای اثر بخشی بیشتر از روش تن آرامی است (۱۰). همانطور که ملاحظه می شود، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی باعث کاهش معنی دار اضطراب دانشجویان و بیماران شده است.

در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر آگاهی بر کاهش اضطراب پرستاران در پژوهش حاضر می توان گفت که این شیوه درمانی از روش بازسازی شناختی برخوردار است که بر اساس آن فرد الگوهای تفکر منطقی از جمله تهدید آمیز بودن محیط را با افکار منطقی و مثبت جایگزین کرده و موجب کاهش اضطراب می گردد، به عبارت دیگر، درمان شناختی مبتنی بر آگاهی سبب شناسایی افکار اضطرابی، چالش و نبرد با این افکار، روبرو شدن و جایگزین کردن آنها با افکار غیر اضطرابی و غیر تهدید آمیز در پرستاران مبتلا به اضطراب می شود و همین امر در کاهش یافتن علائم اضطراب در آنان موثر است (۳). همچنین، بازسازی

References

- Ganji T, Hosseini AF. [Spirituality and anxiety in nursing students of faculty of nursing and midwifery iran university of medical science- 2006]. Iran J Nurs. 2006;23(64):44-51.
- Golder M, Hayo R, Gods J. Oxford Psychiatry. Translated by Arjmand, M. and Sadeghi, M. Tehran: Arjmand Publication; 2005.
- Chen Y, Yang X, Wang L, Zhang X. A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. Nurse Educ Today. 2013;33(10):1166-72. DOI: [10.1016/j.nedt.2012.11.014](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.014) PMID: 23260618
- Gasemnegad SM, Barchordary. [Frequency of anxiety and its relation with depression and other individual characteristics in nursing students]. J Holistic Nurs Midwife. 2012;22(68):40-7.
- Aguocha H. Gender and hospital units as indices of Nurses anxiety: Imo state University; 2011.
- Siegel RD. The mindfulness solution(every day practices for every day problems. New York: Guilford; 2010.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 1992;149(7):936-43. DOI: [10.1176/ajp.149.7.936](https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936) PMID: 1609875
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2000;68(4):615-23. PMID: 10965637
- Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Curtis WJ, Wahler RG, Sabaawi M, et al. Mindful staff increase learning and reduce aggression in adults with developmental disabilities. Res Dev Disabil. 2006;27(5):545-58. DOI: [10.1016/j.ridd.2005.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.07.002) PMID: 16188424
- Zeidan F, Gordon NS, Merchant J, Goolkasian P. The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. J Pain. 2010;11(3):199-209. DOI: [10.1016/j.jpain.2009.07.015](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.07.015) PMID: 19853530
- Ostafin BD, Chawla N, Bowen S, Dillworth TM, Witkiewitz K, Marlatt GA. Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: A preliminary study. Cogn Behav Pract. 2006;13(3):191-7.
- Flugel Colle KF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. Complement Ther Clin Pract. 2010;16(1):36-40. DOI: [10.1016/j.ctcp.2009.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.06.008) PMID: 20129408
- Schwarze MS. Assessing the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy in individual sessions in reducing self- reported stress and in creasing self- reported mindfulness levels of nursing student. Nurs. 2011;1-115.
- Foureur M, Besley K, Burton G, Yu N, Crisp J. Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. Contemp Nurse. 2013;45(1):114-25. DOI: [10.5172/conu.2013.45.1.114](https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.114) PMID: 24099232
- Lotfi S, Abolghasemi A, Narimani M. [Acomparison of emotional processing and fear of positive/ negative evaluation in women with social phobia and normal women]. Knowl Res Appl Psychol. 2013;3(14):101-11.
- Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. J Psychosom Res. 2007;62(2):167-78. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2006.09.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005) PMID: 17270575
- Etkin A, Egner T, Kalisch R. Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. Trends Cogn Sci. 2011;15(2):85-93. DOI: [10.1016/j.tics.2010.11.004](https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.11.004) PMID: 21167765
- Kabir Nejad S, Aliloo M, Hashemi Nosrat Abadi T. Predicting changes of emotional processing indicators based on dysfunctional cognitions worry, perfectionism and disorder types. J Clin Psychol. 2009;1(1):47-55.
- Patel SD, Larson E, Mbengashe T, O'Bra H, Brown JW, Golman TM, et al. Increases in pediatric antiretroviral treatment, South Africa 2005-2010. PLoS One. 2012;7(9):e44914. DOI: [10.1371/journal.pone.0044914](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044914) PMID: 23028677
- Flynn JJ, Hollenstein T, Mackey A. The effect of suppressing and not accepting emotions on depressive symptoms: Is suppression different for men and women? Pers Individ Dif. 2010;49(6):582-6.
- Thompson RJ, Dizen M, Berenbaum H. The Unique Relations between Emotional Awareness and Facets of Affective Instability. J Res Pers. 2009;43(5):875-9. DOI: [10.1016/j.jrp.2009.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.07.006) PMID: 20190861
- Ariapooran S. [Relationship between mindfulness and emotion regulation with happiness, life satisfaction and resilience in warfare victims in Ardabil]. Person Rep Ardabil. 2010.
- Roberts-Wolfe D, Sacchet MD, Hastings E, Roth H, Britton W. Mindfulness training alters emotional memory recall compared to active controls: support for an emotional information processing model of mindfulness. Front Hum Neurosci. 2012;6:15. DOI: [10.3389/fnhum.2012.00015](https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00015) PMID: 22347856
- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;85(2):348-62. PMID: 12916575

25. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83-91. DOI: [10.1037/a0018441](https://doi.org/10.1037/a0018441) PMID: [20141305](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20141305/)
26. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *J Res Pers*. 2009;43(3):374-85.
27. Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier LL, Caspar F. Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *J Couns Psychol*. 2008;55(4):485-94. DOI: [10.1037/a0013589](https://doi.org/10.1037/a0013589) PMID: [22017555](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22017555/)
28. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2006;37(1):25-35. DOI: [10.1016/j.beth.2005.03.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.03.002) PMID: [16942958](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16942958/)
29. Kieviet-Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig W. Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Educ Couns*. 2008;72(3):436-42. DOI: [10.1016/j.pec.2008.05.015](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.015) PMID: [18657376](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18657376/)
30. Visnjic AM, Milosavljevic ND, Djordjevic GD. Stress factors of medical students in Serbia. *J Pub Health*. 2009;17(5):309-13.
31. Baker R, Holloway J, Thomas PW, Thomas S, Owens M. Emotional processing and panic. *Behav Res Ther*. 2004;42(11):1271-87. DOI: [10.1016/j.brat.2003.09.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.002) PMID: [15381438](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15381438/)