

December-January 2020, Volume 15, Issue 5

Comparison Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction Method on Stress among Nurses in Psychiatric Hospital

Zahedi Rad Z¹, Rezakhani S .D^{2*}, Vakili P³

1- Student of Ph.D in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Counseling and Educational Science, Rodehen Branch, Islamic Azad University, Rodehen, Iran.

2-Department of Counseling, Faculty of Counseling and Educational Science, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (**Corresponding author**)

Email: rezakhani@riau.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Counseling and Educational Science, Rodehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Received: 8 July 2020

Accepted: 21 Nov 2020

Abstract

Introduction: Stress is a common issue in today's industrial life and many people have some forms of stress. Nurses in psychiatric hospitals experience a wider range of stress affecting their aspects of life as well as physical and mental health. The aim of this study was to compare mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction on the stress of nurses in psychiatric hospitals.

Methods: The present study was a clinical trial with pretest-posttest with the control group, Placebo and a three months follow up. The statistical population included nurses working in psychiatric hospitals in 1398, who were among 73 people who had a high score of stress syndrome (according to inclusion and exclusion criteria), 60 people were selected by voluntary sampling and randomly assigned to four groups (two experimental groups, placebo group and control group) of each group of 15 people of which 8 people of which were omitted. The research tools were a demographic questionnaire and a stress sign questionnaire. Mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction package was held in 8 sessions of 1:30 hours each procedure was performed for one experimental group. Data analysis was performed by mixed analysis of variance with repeated measures.

Results: The results showed that the main stress score of both experimental groups mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction contented a significant increase in the posttest group than placebo and control group and mindfulness-based stress reduction has a greater effect on the psycho-emotional signs of stress than mindfulness-based cognitive therapy and this increase has remained relatively constant during the follow-up phase.

Conclusions: The findings of the present study indicate that mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction in the posttest and follow-up phase, significantly reduced stress signs in psychiatric hospital nurses, and mindfulness-based stress reduction has a greater effect on the psychological-emotional signs of stress than mind-based cognitive therapy.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Mindfulness-based stress reduction, Nurses.

مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس پرستاران شاغل در بیمارستان‌های روان‌پزشکی

زهرة زاهدی‌راد^۱، سیمین دخت رضاخانی^{۲*}، پریوش وکیلی^۳

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده مشاوره و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
 ۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده مشاوره و علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: rezakhani@riau.ac.ir
 ۳- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده مشاوره و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۸

چکیده

مقدمه: استرس موضوع رایج در زندگی صنعتی جهان امروز است و تعداد زیادی از افراد به نوعی دچار استرس هستند. پرستاران بیمارستان‌های روان‌پزشکی طیف وسیع‌تری از این استرس را تجربه می‌کنند و این امر بر ابعاد زندگی و سلامت جسمی- روانی آنان تأثیر می‌گذارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس پرستاران بیمارستان‌های روان‌پزشکی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر کارآزمایی‌بالینی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، پلاسیبو و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های روان‌پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از بین ۷۳ نفری که دارای نمره بالای ویژگی نشانگان استرس (با توجه به معیارهای ورود و خروج) بودند، ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه (دو گروه آزمایش، گروه پلاسیبو و گروه کنترل) هر گروه ۱۵ نفر، گمارش شدند که از این تعداد، ۸ نفر ریزش داشتند. ابزار پژوهش پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه نشانگان استرس "Stress Sign Questionnaire" بود. بسته شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته، هر روش برای یک گروه آزمایش اجرا شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره استرس هر دو گروه آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه پلاسیبو و کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش معناداری پیدا کرده و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اثرگذاری بیشتری بر روی نشانه‌های روانی- هیجانی استرس نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دارد و این افزایش در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده است ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری موجب کاهش نشانگان استرس در پرستاران بیمارستان‌های روان‌پزشکی شدند و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانگان روانی- هیجانی استرس روش موفق‌تری بود. لذا این آموزش‌ها را می‌توان برای سایر پرستاران نیز به کار برد.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، استرس، پرستاران.

مقدمه

تقریباً همه افراد استرس را در زندگی خود تجربه می‌کنند که می‌توان به مسائلی مانند مشکلات کاری، جر و بحث‌های خانوادگی یا دیر رسیدن به یک قرار ملاقات اشاره نمود (۱). استرس ناشی از شرایط کاری و خانوادگی بر کیفیت زندگی و رفاه کلی اثرگذار است (۲). کار کردن در مشاغل درمانی که در آن‌ها ارتباط انسانی و سلامت افراد مطرح است می‌تواند تنیدگی زیادی ایجاد کند (۳). از لحاظ جهانی پرستاری به عنوان حرفه‌ای چالش‌برانگیز پذیرفته شده است و از مشاغل پرفشار است و استرس در بین پرستاران با توجه به عوامل مختلفی از جمله نوع بخش و تخصص آنان متفاوت است (۴) اکثر مطالعات قبلی در این زمینه توافق دارند که پرستاران روان‌پزشکی در معرض فشار بالایی قرار دارند (۵-۷). آنان در طی شیفت مجبورند با موضوعات مختلفی مانند کمبود پرسنل (۸)، وضعیت دشوار بیماران مانند تهدید، پرخاشگری، فرار و خودکشی و عدم حمایت خانواده از بیمار (۹)، ارتباط با تیم‌های مختلف درمانی و کاهش حمایت اجتماعی برخوردار داشته باشند که استرس زیادی برای آنان به دنبال دارد (۱۰). استرس به عنوان یک احساس منفی اثرگذار بر جسم و روان محسوب می‌شود (۱۱) و به احساس بی‌اعتمادی، طرد شدن، عصبانیت در پرستاران منجر می‌شود و خود را به شکل علائم روان‌تنی مانند درد، خستگی، آشفتگی معده، بثورات جلدی، بی‌خوابی نشان می‌دهد (۴). همچنین استرس مستمر به نشخوار فکری منجر می‌شود و با مصرف انرژی زیاد، تجربه استرس را در پرستار طولانی‌تر می‌کند و می‌تواند عوامل تاب‌آوری از جمله امید و ظرفیت بخشش را کاهش دهد (۱۲). این موضوع به کاهش کیفیت روابط خانوادگی، کیفیت مراقبت از بیماران و ترک کار پرستار در آینده کمک می‌کند (۱۳) مطالعات و تحقیقات پرستاری به شیوع و انواع تنش و مشکلات جسمانی و روانی آن توجه زیادی داشته اما مطالعات اندکی به پیشگیری و کاهش دغدغه‌های فوق پرداخته است (۱۴، ۱۵). از آن جایی که بسیاری از مشکلات موجود در حرفه پرستاری غیر قابل اجتناب است و پرستار خواه ناخواه با این استرس روبرو است، راهکار مناسب این است که با مدیریت استرس بتوان سلامت جسم و ذهن آنان را افزایش داد تا بتوانند در هر شرایطی توان خود را افزایش دهند تا آرامش و تمرکز بیشتری داشته باشند (۱۶). بنابراین تدوین برنامه‌ای جهت سلامت روان پرستاران برای

بهبود شرایط زندگی و افزایش عملکرد آنان ضرورت دارد (۱۷). روش‌ها و تکنیک‌های گوناگونی برای مدیریت استرس شناخته شده است از قبیل آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش ابزار وجود و حل مسأله و ذهن‌آگاهی (۱۸). ذهن‌آگاهی به عنوان رویکردی برای رفع شکاف بین تنش و بهزیستی در حوزه پرستاری معرفی شده است (۱۷). کلمه ذهن‌آگاهی ترجمه انگلیسی Vipassana به معنای مشاهده به روشی خاص است (۱۹). ذهن‌آگاهی یعنی توجه کردن همراه با گشودگی و پذیرشی بدون قضاوت به آنچه در لحظه حال تجربه می‌شود (۲۰). ذهن‌آگاهی مهارتی است که از طریق تمرین مکرر روزانه ایجاد می‌شود (۲۱). هنگامی که فرد تحت یادگیری مراقبه ذهن‌آگاهی قرار دارد و متعهد به پذیرش آن به عنوان یک تغییر رفتار بهداشتی است، می‌تواند به یک ابزار مراقبت از خود قدرتمند تبدیل شود که افراد را به حضور فعال در تقویت سلامت روان تشویق می‌کند (۲۲). از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌توان به کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اشاره کرد. ریشه مدرن ذهن‌آگاهی در اواخر دهه ۱۹۷۰ با اثر Kabat-Zinn با اعلام کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Stress Reduction) به حوزه روان‌شناختی معرفی شد (۲۳). سه تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی اسکن بدن، مراقبه نشسته و ذهن‌آگاهی هاتایوگا است (۲۴) و ستون‌های آن عدم قضاوت، صبر، ذهن‌مبتدی، اعتماد، عدم تقلا، پذیرش، رها کردن، مهربانی و کنجکاوی می‌باشد (۲۵). کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کارایی زیادی از نظر تطبیق‌پذیری دارد و بهترین نتایج را در بیماران با علائم استرس، اضطراب و افسردگی به‌دست آورده است (۲۶). برخی از پژوهش‌ها نشان داده است که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش استرس و نشخوار فکری و افزایش معنویت، شفقت با خود، همدلی (۲۷-۲۹) و تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۳۰-۳۲). در پژوهش Reich و همکاران در مورد بیماران مبتلا به سرطان پستان، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبودی علائم روانی (استرس، اضطراب و افسردگی) و علائم فیزیکی (درد، خستگی و خواب) بیشترین اثر را داشته است (۳۳). پژوهش Frank و همکاران نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بر کاهش استرس

زهرة زاهدی‌راد و همکاران

استرس در محیط کار مؤثر بوده و بالعکس، وجود استرس در محیط کار نیز باعث آسیب به سلامت روحی فرد پرستار می‌شود که نمود آن در زندگی شخصی فرد بارز خواهد بود. بنابراین لازم است تا برای بهبود شرایط زندگی و افزایش عملکرد مناسب پرستاران اقداماتی صورت گیرد. باید توجه داشت که یافتن درمان‌های کوتاه مدت که بتوانند در کوتاه‌ترین زمان، پاسخ درمانی لازم را همراه با نتایج پایدارتر و وسیع‌تری در پی داشته باشد، ضرورتی انکار ناپذیر است. بنابراین در پژوهش حاضر مسأله اصلی این است که آیا با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان استرس پرستاران در حوزه روان‌پزشکی را کاهش داد؟ و در صورتی که پاسخ مثبت باشد کدامیک تأثیر بیشتری دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر کارآزمایی‌بالینی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل، گروه پلاسیبو و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران (زن و مرد) شاغل در بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی تهران در ماه‌های خرداد تا بهمن ماه سال ۱۳۹۸ (با توجه به ملاک‌های ورود و خروج) بود که نمره نشانگان استرس بالا داشتند. با توجه به این که در پژوهش‌های آزمایشی و شبه آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر کفایت می‌کند (۴۴) و همچنین با استفاده از نرم‌افزار G-Power، در این پژوهش حجم نمونه ۶۰ نفر (گروه کنترل، گروه پلاسیبو و دو گروه آزمایش، هر کدام ۱۵ نفر) برآورد شد. از بین شش بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی تهران (رازی، میمنت، ایرانیان، روزبه، مهرگان و آزادی) به طور تصادفی سه بیمارستان (رازی، میمنت و روزبه) انتخاب شد و پرسشنامه نشانه‌های استرس Stress Sign Questionnaire در مورد ۳۶۳ پرستار اجرا شد. از بین ۷۳ نفری که دارای نمره بالای ویژگی نشانگان استرس (با توجه به معیارهای ورود و خروج) بودند، ۶۰ نفر به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. به دلیل نوع شغل شرکت‌کنندگان و شیفت‌کاری آنان، این افراد نمی‌توانستند به صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گیرند بنابراین بیمارستان‌ها به صورت تصادفی به عنوان گروه‌های آزمایش (رازی)، پلاسیبو (روزبه) و کنترل انتخاب شدند، ولی اعضای گروه کنترل به دلیل عدم تشکیل کارگاه از هر سه بیمارستان (۴ نفر از بیمارستان

و افزایش بهزیستی مریبان تأثیر داشته باشد (۳۴). در همین راستا اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک درد در زنان مبتلا به کم‌دردهای مزمن پس از زایمان در مطالعه سبحانی و همکاران نشان داده شد (۳۵). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based cognitive therapy) از کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی مشتق شده است و بر مبنای یک مدل زیر سیستم شناختی متقابل (Interacting Cognitive Subsystems model) می‌باشد که جایگزین مدل طرحواره بک شده است و باعث افزایش آگاهی فراشناختی نسبت به افکار و احساسات منفی از جمله نشخوار فکری و کاهش افسردگی و عود آن می‌شود (۳۶). همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوار فکری و کاستن از افکار منفی تنش‌زا (۳۷) موجب کاهش درد، اضطراب و پریشانی روان‌شناختی می‌شود (۳۸). Williams و Kenny بر این باورند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاهش پردازش هیجانی و افزایش تنظیم هیجان موجب کاهش نشانه‌های استرس و اضطراب می‌شود (۳۹). پژوهش سید موسوی و نریمانی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی تأیید کرد (۴۰). همچنین Phang و همکاران در مطالعه‌ای اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش استرس دانشجویان پزشکی دارای استرس را نشان دادند (۴۱). Song و Lindquist با پژوهش خود بر روی دانشجویان پرستاری کره‌ای نشان دادند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود (۴۲). پژوهش Latheef بر روی افراد دیابتی نوع ۲ نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش استرس و افسردگی و افزایش ذهن‌آگاهی در آنان می‌شود (۴۳). از آن جایی که محیط بیمارستان‌های روان‌پزشکی به دلیل سروکار داشتن پرستاران با بیماران روان‌پزشکی و عدم اطمینان از واکنش‌های بیماران در شرایط مختلف باعث استرس و تنش بیشتر در پرستاران می‌شود؛ و برخی از این عوامل در حرفه پرستاری اجتناب ناپذیر است، لزوم پیشگیری از آثار روانی و رفتاری در جهت بهبود کیفیت زندگی و آموزش روش‌های مقابله‌ای از جمله موضوعات مهمی است که باید به آن پرداخته شود؛ چون این موضوع می‌تواند مبین این باشد که نوع کیفیت زندگی بر سطح

پرسشنامه (۴۰ سوال) ۰/۹۲ گزارش شده است (۴۵)؛ در این پژوهش آلفای کرونباخ در مورد نشانه‌های جسمانی ۰/۷۲، نشانه‌های روانی-هیجانی ۰/۷۶، نشانه‌های رفتاری ۰/۶۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد. برای انجام پژوهش، پس از دریافت معرفی نامه از واحد پژوهش دانشگاه و دریافت کد اخلاقی IR.IAU.TMU.REC.1398.080 از کمیته دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران پژوهشگر با مراجعه به دفتر پرستاری بیمارستانها و توضیح در مورد طرح پژوهشی، موافقت مسئولان را برای انجام پژوهش جلب کرد. سپس پژوهشگر با هماهنگی دفتر پرستاری و معرفی سوپروایزر آموزشی جهت همراهی و هماهنگی با سرپرستاران در بخش‌ها حاضر شد و در خصوص طرح پژوهشی خود توضیحات لازم را ارائه داد. از پرستارانی که تمایل به همکاری داشتند (با توجه به ملاک ورود و خروج) خواسته شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کنند. همچنین به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده صرفاً جهت انجام فعالیت پژوهشی است و هیچ‌گونه استفاده دیگری از آن نخواهد شد و تمامی اطلاعات آنان کاملاً محرمانه و بدون ذکر نام آنان خواهد بود؛ در این راستا، به هر فردی یک کد اختصاص داده شد که روی پاسخنامه آنان این کد درج شده بود. همچنین از پرستاران خواسته شد که بر روی پاسخنامه خود شماره تماس خود را بنویسند تا جهت هماهنگی کارگاه‌ها با آنان تماس گرفته شود. پس از اجرای پیش‌آزمون و مشخص شدن گروه‌ها، هر بسته آموزشی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) جهت هر یک از گروه‌های آموزش اجرا شد. جهت گروه پلاسیبو نیز جلساتی برگزار شد که در آن به متغییر وابسته پرداخته نشد و به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. شرایط اجرای روش آموزشی برای هر دو گروه آزمایش و پلاسیبو از لحاظ روز و ساعت یکسان بود. ساختار عملیاتی این پروتکل‌ها مبتنی بر ۸ جلسه ۱/۵ ساعته یکبار در هفته بود که به صورت گروهی اجرا شد. در پایان هر جلسه تکالیفی به منظور یادگیری مطالب به گروه آموزش داده می‌شد و در ابتدای هر جلسه به مرور تکالیف پرداخته و بازخورد داده می‌شد. سپس برای هر ۴ گروه یک هفته بعد از آخرین جلسه آموزش، پس‌آزمون اجرا و در مرحله پیگیری، پس از گذشت سه ماه از انجام پس‌آزمون مجدداً پرسشنامه‌ها به هر چهار گروه

میمنت، یک نفر از بیمارستان رازی و ۱۰ نفر از بیمارستان روزبه) بودند. افراد گروه آزمایش به طور تصادفی در دو گروه آزمایش هر کدام ۱۵ نفر (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) گمارش شدند. ملاک‌های ورود شامل دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه کاری، دارا بودن حداقل ۲۴ سال سن، داشتن رضایت شرکت در پژوهش و عدم داشتن جلسات مشاوره و یا آموزش جهت کاهش استرس و انجام تمرینات مدیتیشن در یک سال گذشته، عدم وجود اختلالات روان‌پزشکی و مصرف داروی اعصاب بود و معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به شرکت در برنامه آموزشی مورد نظر بود. استرس هر چهار گروه (دو گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو) در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با استفاده از پرسشنامه نشانگان استرس مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسشنامه توسط رضاخانی در سال ۱۳۸۸ در مورد دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن هنجاریابی شده است. پرسشنامه نشانگان استرس دارای ۴۰ گویه است و سه خرده‌مقیاس نشانه جسمانی (۱۹ گویه)، نشانه روانی-هیجانی (۱۲ گویه) و نشانه رفتاری (۹ گویه) را می‌سنجد. نمره‌گذاری روی یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (تقریباً هیچ وقت=۱، گاهی اوقات=۲، بیشتر اوقات=۳ و تقریباً همیشه=۴) انجام می‌شود. پس از کامل شدن پرسشنامه با توجه به کلید تصحیح، مجموع نمره‌های حاصل از پرسش‌های مزبور به هریک از خرده‌مقیاس‌های آزمون جداگانه و نمره کل نیز محاسبه می‌شود. پس از به دست آوردن نمره خام با مراجعه به جدول نرم مربوط و با توجه به جنسیت آزمودنی، نمره T معادل نمره خام را پیدا کرده و نتیجه تفسیر می‌شود (تفسیر نمره T: نمره کمتر از ۲۰ انکار مشکلات و یا بی‌خیالی بیش از حد آزمودنی و احتمالاً پاسخ‌های تصادفی، نمره بین ۲۰-۴۰ سازگاری خوب آزمودنی، نمره بین ۴۰-۶۰ حالت طبیعی و بهنجار آزمودنی، نمره بین ۶۰-۷۰ مشکل متوسط، نمره بالاتر از ۷۰ مشکل جدی). روایی سازه خرده‌مقیاس‌ها با استفاده از تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش وارینانس نشان داد که نشانه‌های جسمانی ۵۵/۶۷ درصد، نشانه‌های روانی هیجانی ۵۲/۵۳ درصد و نشانه‌های رفتاری ۳۳/۱۷ درصد وارینانس سازه مورد نظر را تبیین می‌کنند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در مورد نشانه‌های جسمانی ۰/۸۲، نشانه‌های روانی-هیجانی ۰/۸۱، نشانه‌های رفتاری ۰/۷۴ و برای کل

زهرة زاهدی‌راد و همکاران

با متغییر وابسته نباشد، جلسه دوم: بررسی انگیزه اعضا جهت انتخاب حرفه پرستاری، جلسه سوم: بررسی انگیزه اعضا برای ادامه تحصیل در رشته پرستاری، جلسه چهارم: بررسی ویژگیهای شخصیتی در انتخاب حرفه پرستاری، جلسه پنجم: فیزیولوژی خواب، جلسه ششم: بررسی اوقات فراغات و رشد حرفه‌ای، جلسه هفتم: بررسی تبعیض جنسیتی (جنسیت‌زدگی) در اذهان پرستاران و جلسه هشتم: بررسی تأثیر فضاهای مجازی بر سبک زندگی افراد.

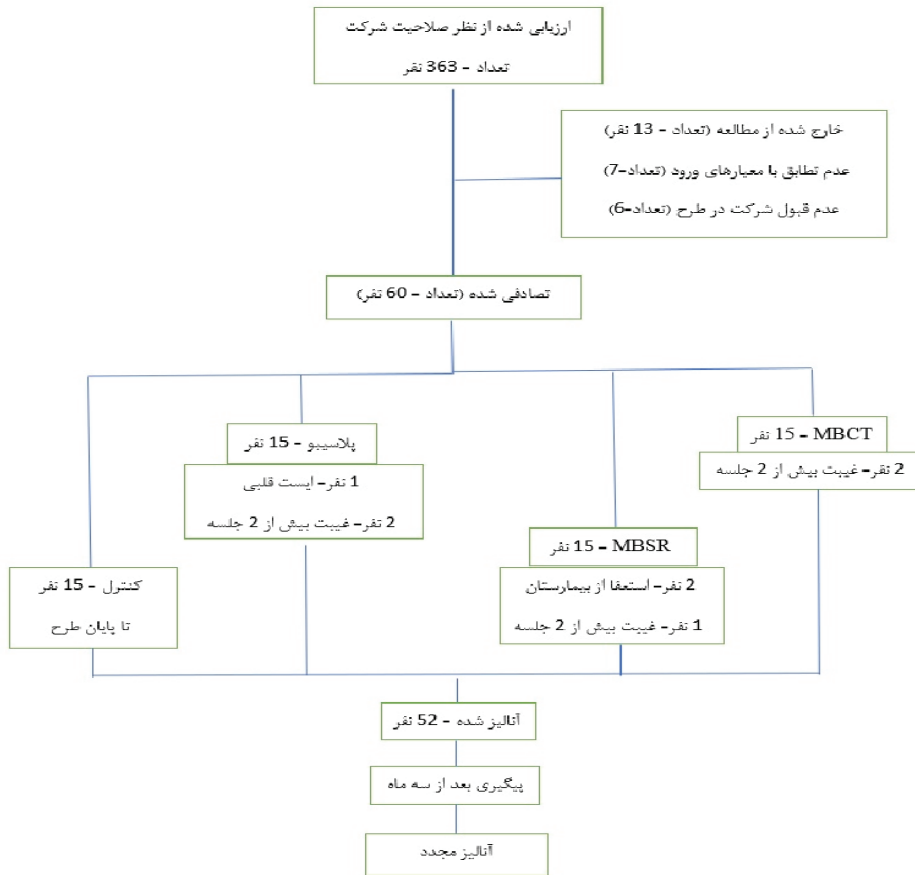
یافته‌ها

از مجموع ۶۰ پرستار وارد شده به پژوهش ۸ نفر ریزش و ۵۲ نفر تا پایان مطالعه باقی ماندند (جدول ۱). همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویک نشان داد که داده‌های پژوهش از توزیع نرمال برخوردار است. در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۳ مرد و ۱۰ زن، در گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه پلاسیبو ۵ مرد و ۷ زن و در نهایت در گروه کنترل ۷ مرد و ۸ زن حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ترتیب برابر با $38/15 \pm 5/21$ ، گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برابر با $41/00 \pm 7/35$ ، گروه پلاسیبو برابر با $37/75 \pm 6/94$ و گروه کنترل برابر با $40/87 \pm 8/66$ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سابقه کار شرکت‌کنندگان در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ترتیب برابر با $14/75 \pm 6/03$ ، گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برابر با $14/75 \pm 7/16$ ، گروه پلاسیبو برابر با $12/58 \pm 6/26$ و گروه کنترل برابر با $14/00 \pm 7/53$ بود. در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی میزان تحصیلات ۱۰ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق لیسانس بود، در گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی میزان تحصیلات ۱۱ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس بود، در گروه پلاسیبو میزان تحصیلات ۹ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق لیسانس و در گروه کنترل میزان تحصیلات ۱۳ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس بود. در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۸ متاهل و ۵ مجرد، در گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۹ متاهل و ۳ مجرد، در گروه پلاسیبو ۷ متاهل و ۵ مجرد و در گروه کنترل ۱۱ متاهل و ۴ مجرد حضور داشتند (جدول ۲).

ارایه شد. داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر و به کمک نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد. خلاصه‌ای از گزارش جلسات "شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی" و "کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی" و گروه پلاسیبو به شرح زیر است: خلاصه پروتکل آموزشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۴۶): جلسه اول: افزایش آگاهی و توجه نسبت به پیرامون خود، جلسه دوم: آشنایی با افکار منفی و تأثیر آن بر خلق و ایجاد محدودیت برای تجربه افراد، جلسه سوم: آگاهی از ارتباط هدایت خودکار با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به قسمتهای مختلف بدن و بودن در زمان حال، جلسه چهارم: ایجاد تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر در فرد از طریق عامدانه آگاهی بر تنفس، جلسه پنجم: داشتن زاویه دید گسترده و متفاوت به وقایع به منظور حضور همزمان در زمان حال، جلسه ششم: اجازه حضور به تجربه، دقیقاً همان‌طوری که هست، بدون قضاوت و بدون تغییر، جلسه هفتم: آگاهی از استنباطها، ادراکات و تفسیرهای ذهنی متفاوت از وقایع و واکنش‌های هیجانی ایجاد شده در فرد و جلسه هشتم: جمع‌بندی کل مطالب ارائه شده، نتیجه‌گیری اعضا از آن و آگاهی از تأثیرات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر آنان. خلاصه پروتکل آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۴۷): جلسه اول: آشنایی با مفاهیم اصلی و سرفصل جلسات آموزش، جلسه دوم: ایجاد توجه و آگاهی از طریق آرماسازی ذهن و بدن (اسکن بدن) برای ۱۴ گروه از عضلات، جلسه سوم: ایجاد توجه و آگاهی از طریق آرماسازی ذهن و بدن (اسکن بدن) برای ۶ گروه از عضلات، جلسه چهارم: ایجاد توجه و آگاهی از طریق تمرکز بر تنفس (مدیتیشن نشسته)، جلسه پنجم: آگاهی از ارتباط ذهن انجامی (خودکار) با ذهن بودن و آگاهی نسبت به بدن در زمان حال جهت کاهش استرس، جلسه ششم: آشنایی با افکار منفی و تأثیر آن بر خلق و ایجاد محدودیت برای تجربه فرد، اجازه حضور به تجربه بدون قضاوت و بدون تغییر، جلسه هفتم: تنظیم توجه، تمرکززدایی و توسعه فراشناختی از طریق ذهن‌آگاهی و جلسه هشتم: جمع‌بندی مطالب ارایه شده و نتیجه‌گیری از آن و آگاهی از تأثیرات کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

خلاصه پروتکل آموزشی گروه پلاسیبو: جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و با روند جلسات و انتخاب موضوع جلسات براساس نظرخواهی و پیشنهاد اعضا به طوری که مرتبط

جدول شماره (1) کانسورت



جدول ۲: ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان

گروه ها		پلاسیبو	MBSR	MBCT	کنترل
۳	میانگین	۳۷/۷۵	۴۱/۰۰	۳۸/۱۵	۴۰/۸۷
	انحراف استاندارد	۶/۹۴	۷/۳۵	۵/۲۱	۸/۶۶
$F(3, 48) = 0.44, p = 0.649$					
۴-جنسیت	مرد	۵	۵	۳	۷
	زن	۷	۷	۱۰	۸
$\chi^2(3) = 8.31, P = 0.608$					
تخصصیات	کارشناسی	۹	۱۱	۱۰	۱۳
	کارشناسی ارشد	۳	۱	۳	۲
$\chi^2(3) = 6.41, p = 0.651$					
وضعیت تاهل	متاهل	۷	۹	۸	۱۱
	مجرد	۵	۳	۵	۴
$\chi^2(3) = 2.11, p = 0.752$					
سابقه کار	میانگین	۱۲/۵۸	۱۴/۷۵	۱۱/۲۳	۱۴/۰۰
	انحراف استاندارد	۶/۲۶	۷/۱۶	۶/۰۳	۷/۵۳
$F(3, 48) = 0.67, p = 0.574$					

زهره زاهدی‌راد و همکاران

(جدول ۳) میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویک نشانگان استرس (جسمی، روانی-هیجانی و رفتاری) در شرکت‌کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پس از سه ماه را نشان می‌دهد که در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست.

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به استرس و نشانگان آن

متغیر	گروه	شاخص آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
نشانگان جسمانی	MBCT	SD ± M	۴/۹۶ ± ۳۴/۱۵	۳/۴۳ ± ۲۶/۹۲	۳/۶۹ ± ۲۸/۶۱
		S-W	۰/۹۳۱ (p=۰/۳۵۱)	۰/۹۰۹ (p=۰/۱۷۷)	۰/۹۴۹ (p=۰/۵۸۳)
	MBSR	SD ± M	۴/۶۲ ± ۳۵/۹۲	۵/۲۵ ± ۲۸/۶۷	۴/۲۵ ± ۳۰/۶۷
		S-W	۰/۹۷۱ (p=۰/۹۱۶)	۰/۹۷۹ (p=۰/۹۷۸)	۰/۹۷۸ (p=۰/۹۷۳)
	پلاسیبو	SD ± M	۶/۰۵ ± ۳۵/۶۶	۵/۱۶ ± ۳۴/۵۸	۵/۵۵ ± ۳۶/۶۵
		S-W	۰/۹۴۸ (p=۰/۶۱۳)	۰/۸۸۵ (p=۰/۱۰۲)	۰/۸۷۸ (p=۰/۰۸۴)
کنترل	SD ± M	۳/۲۰ ± ۳۴/۸۷	۴/۴۴ ± ۳۵/۸۰	۴/۰۱ ± ۳۵/۹۳	
	S-W	۰/۸۸۴ (p=۰/۰۵۴)	۰/۹۳۰ (p=۰/۲۷۵)	۰/۹۴۰ (p=۰/۳۸۵)	
آزمون لون					
نشانگان روانی-هیجانی	MBCT	SD ± M	۳/۷۶ ± ۲۵/۱۵	۳/۹۳ ± ۲۰/۴۶	۴/۷۲ ± ۲۱/۸۴
		S-W	۰/۸۹۷ (p=۰/۱۲۹)	۰/۹۱۸ (p=۰/۲۳۳)	۰/۹۰۲ (p=۰/۱۴۰)
	MBSR	SD ± M	۳/۲۵ ± ۲۴/۸۳	۳/۱۴ ± ۱۸/۳۳	۳/۵۰ ± ۱۹/۵۸
		S-W	۰/۹۵۳ (p=۰/۶۸۳)	۰/۹۶۷ (p=۰/۸۷۶)	۰/۹۶۸ (p=۰/۸۸۵)
	پلاسیبو	SD ± M	۲/۹۰ ± ۲۵/۲۵	۳/۶۰ ± ۲۴/۴۲	۳/۰۷ ± ۲۵/۰۰
		S-W	۰/۹۵۹ (p=۰/۷۷۵)	۰/۹۵۷ (p=۰/۷۴۷)	۰/۹۷۸ (p=۰/۹۷۵)
کنترل	SD ± M	۴/۴۱ ± ۲۴/۰۰	۴/۷۶ ± ۲۳/۵۳	۴/۴۰ ± ۲۳/۳۳	
	S-W	۰/۹۳۹ (p=۰/۴۰۹)	۰/۹۳۰ (p=۰/۲۶۸)	۰/۹۷۴ (p=۰/۹۱۲)	
آزمون لون					
نشانگان رفتاری	MBCT	SD ± M	۲/۱۸ ± ۱۷/۹۲	۲/۶۱ ± ۱۴/۱۵	۲/۳۹ ± ۱۵/۰۸
		S-W	۰/۹۶۸ (p=۰/۸۶۴)	۰/۹۵۰ (p=۰/۵۹۸)	۰/۹۲۷ (p=۰/۳۱۵)
	MBSR	SD ± M	۲/۸۲ ± ۱۷/۹۲	۲/۵۲ ± ۱۳/۸۳	۲/۸۶ ± ۱۴/۲۵
		S-W	۰/۹۱۹ (p=۰/۲۷۴)	۰/۸۹۳ (p=۰/۱۲۸)	۰/۹۰۹ (p=۰/۲۰۸)
	پلاسیبو	SD ± M	۲/۲۳ ± ۱۸/۵۸	۱/۵۹ ± ۱۷/۱۷	۳/۰۹ ± ۱۷/۵۰
		S-W	۰/۸۶۸ (p=۰/۰۶۲)	۰/۸۸۴ (p=۰/۱۰۰)	۰/۹۱۸ (p=۰/۲۶۷)
کنترل	SD ± M	۱/۹۶ ± ۱۷/۸۷	۱/۸۷ ± ۱۸/۰۷	۲/۷۹ ± ۱۸/۰۸	
	S-W	۰/۹۰۷ (p=۰/۱۲۱)	۰/۹۴۳ (p=۰/۴۲۸)	۰/۸۹۴ (p=۰/۰۷۷)	
آزمون لون					
		F=۰/۸۶ ، p=۰/۴۶۷	F=۰/۹۹ ، p=۰/۴۰۸	F=۱/۷۳ ، p=۰/۱۷۲	F=۰/۶۰ ، p=۰/۶۱۹

S-W؛ شاخص شاپیرو-ویک

؛ انحراف استاندارد

نکته: M؛ میانگین SD

در بین داده‌های مربوط به استرس برقرار است. استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری نیز نشان داد که ارزش F در مقایسه نشانگان استرس و نمره کل آن در مرحله پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که پیش از اجرای متغیر مستقل

منطبق بر (جدول ۳) نتیجه آزمون لون نیز نشان داد که تفاوت واریانس نمرات مربوط به هیچ یک از نشانگان استرس و نمره کل آن در گروه‌ها و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها

میان گروه‌های آزمایش به لحاظ استرس تفاوت معناداری وجود ندارد. در ادامه (جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیر مستقل بر استرس را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر استرس

استرس	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	سطح معناداری	η^2
نشانگان جسمانی	۰/۴۱۵	۸/۶۵۱	۶ و ۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۶
نشانگان روانی-هیجانی	۰/۲۵۴	۱۵/۴۴۲	۶ و ۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶
نشانگان رفتاری	۰/۴۲۰	۸/۴۹۳	۶ و ۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
نمره کل استرس	۰/۱۶۳	۲۳/۱۴	۶ و ۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶

مفروضه کرویت برای نشانگان جسمانی استرس برقرار نیست. به همین دلیل درجات آزادی آن با روش گرینهوس-گیسر Greenhouse-Geisser اصلاح شد. (جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر استرس را نشان می‌دهد.

در ادامه شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از تست موخلی Mauchly ارزیابی و ملاحظه شد که بر خلاف نشانگان روانی-هیجانی و نشانگان رفتاری استرس ارزش مجذور کای مربوط به نشانگان جسمانی $(X^2(2)=10/98, w=0/791, p<0/01)$ و نمره کل استرس در سطح $0/01$ معنادار است. این یافته بیانگر آن است که

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر استرس

استرس	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η^2
نشانگان جسمانی	۴۲۹/۳۴	۴۷۶/۰۸	۴/۹۵ و ۷۹/۴۳	۱۴/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴
نشانگان روانی-هیجانی	۱۸۸/۹۸	۱۴۶/۸۱	۶ و ۹۶	۲۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۳
نشانگان رفتاری	۹۸/۷۷	۱۴۱/۵۷	۶ و ۹۶	۱۱/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱
نمره کل استرس	۱۹۰/۶۹	۶۶۱/۵۸	۵/۰۹ و ۸۱/۵۱	۴۵/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲

تحلیل برای هر یک از نشانگان استرس شش بار تکرار و در هر بار تنها اثر دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نتیجه آن در (جدول ۶) ارائه شده است.

این مطلب بیانگر آن است که دستکم اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با دیگر متغیرهای مستقل یا گروه کنترل و پلاسیبو هر سه نشانگان استرس یا نمره کل آن را به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است.

جدول ۶: مقایسه معناداری اثر تعاملی گروه × زمان به صورت دو گروهی بر استرس

گروه های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η^2
گروه اول- گروه دوم**	۰/۳۷	۲۴۹/۶۰	۱/۲۴ و ۲۸/۵۵	۰/۰۴	۰/۹۰۰	۰/۰۰۱
گروه اول- گروه سوم***	۱۶۷/۸۵	۲۱۲/۷۱	۱/۲۰ و ۲۷/۶۸	۱۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱
گروه اول- گروه چهارم****	۲۶۱/۶۵	۳۵۲/۶۴	۱/۷۱ و ۴۴/۳۸	۱۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶
گروه دوم- گروه سوم	۱۵۴/۱۹	۱۲۳/۴۴	۱/۴۵ و ۳۱/۸۷	۲۷/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
گروه دوم- گروه چهارم	۲۴۵/۲۳	۲۶۳/۳۷	۱/۹۳ و ۴۸/۳۰	۲۳/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۲
گروه سوم- گروه چهارم	۱۷/۵۰	۲۲۶/۴۸	۱/۹۸ و ۴۹/۵۰	۱/۹۳	۰/۱۵۶	۰/۰۷۲

نشانگان جسمانی

زهره زاهدی‌راد و همکاران

۰/۱۷۷	۰/۰۱۱	۴/۹۶	۲ و ۴۶	۶۸/۰۴	۱۴/۶۸	گروه اول - گروه دوم	
۰/۴۳۰	۰/۰۰۱	۱۷/۳۸	۲ و ۴۶	۶۸/۴۸	۵۱/۷۶	گروه اول - گروه سوم	
۰/۴۶۴	۰/۰۰۱	۲۲/۵۰	۲ و ۵۲	۷۳/۳۶	۶۳/۴۷	گروه اول - گروه چهارم	نشاندگان روانی - هیجانی
۰/۶۱۰	۰/۰۰۱	۳۴/۴۸	۲ و ۴۴	۷۳/۴۴	۱۱۵/۱۱	گروه دوم - گروه سوم	
۰/۶۲۸	۰/۰۰۱	۴۲/۲۱	۲ و ۵۰	۷۸/۳۲	۱۳۲/۲۵	گروه دوم - گروه چهارم	
۰/۰۲۵	۰/۵۱۹	۰/۶۵	۲ و ۵۰	۷۸/۷۷	۲/۰۵	گروه سوم - گروه چهارم	
۰/۰۲۹	۰/۴۸۴	۰/۶۹	۲ و ۴۶	۷۱/۱۶	۲/۱۴	گروه اول - گروه دوم	
۰/۱۹۴	۰/۰۰۷	۵/۵۳	۲ و ۴۶	۷۷/۸۱	۱۸/۷۰	گروه اول - گروه سوم	
۰/۴۶۰	۰/۰۰۱	۲۲/۱۴	۲ و ۵۲	۷۰/۵۷	۶۰/۰۹	گروه اول - گروه چهارم	نشاندگان رفتاری
۰/۲۸۰	۰/۰۰۱	۸/۵۵	۲ و ۴۴	۷۱/۰۰	۲۷/۵۸	گروه دوم - گروه سوم	
۰/۵۳۸	۰/۰۰۱	۲۹/۱۶	۲ و ۵۰	۶۳/۷۷	۷۴/۳۸	گروه دوم - گروه چهارم	
۰/۰۸۱	۰/۱۴۷	۲/۱۱	۲ و ۵۰	۷۹/۴۳	۶/۷۲	گروه سوم - گروه چهارم	
۰/۰۶۰	۰/۲۴۳	۱/۴۷	۱/۲۷ و ۲۹/۱۹	۳۵۳/۸۵	۲۲/۵۰	گروه اول - گروه دوم	
۰/۶۵۸	۰/۰۰۱	۴۴/۱۷	۱/۵۰ و ۳۴/۵۵	۳۰۶/۲۹	۵۸۸/۱۶	گروه اول - گروه سوم	
۰/۶۶۷	۰/۰۰۱	۵۲/۰۱	۱/۶۴ و ۴۲/۵۶	۵۰۵/۱۴	۱۰۱۰/۴۱	گروه اول - گروه چهارم	نمره کل استرس
۰/۸۳۷	۰/۰۰۱	۱۱۳/۰۸	۱/۷۶ و ۳۸/۶۹	۱۵۶/۴۴	۸۰۴/۱۱	گروه دوم - گروه سوم	
۰/۷۸۲	۰/۰۰۱	۸۹/۷۹	۱/۸۰ و ۴۵/۰۴	۳۵۵/۲۹	۱۲۷۶/۰۹	گروه دوم - گروه چهارم	
۰/۰۷۲	۰/۱۷۹	۱/۸۵	۱/۹۵ و ۴۸/۶۷	۵۱۷/۷۳	۳۸/۳۹	گروه سوم - گروه چهارم	

* گروه اول: MBCT ** گروه دوم: MBSR *** گروه سوم: پلاسیبو **** گروه چهارم: کنترل

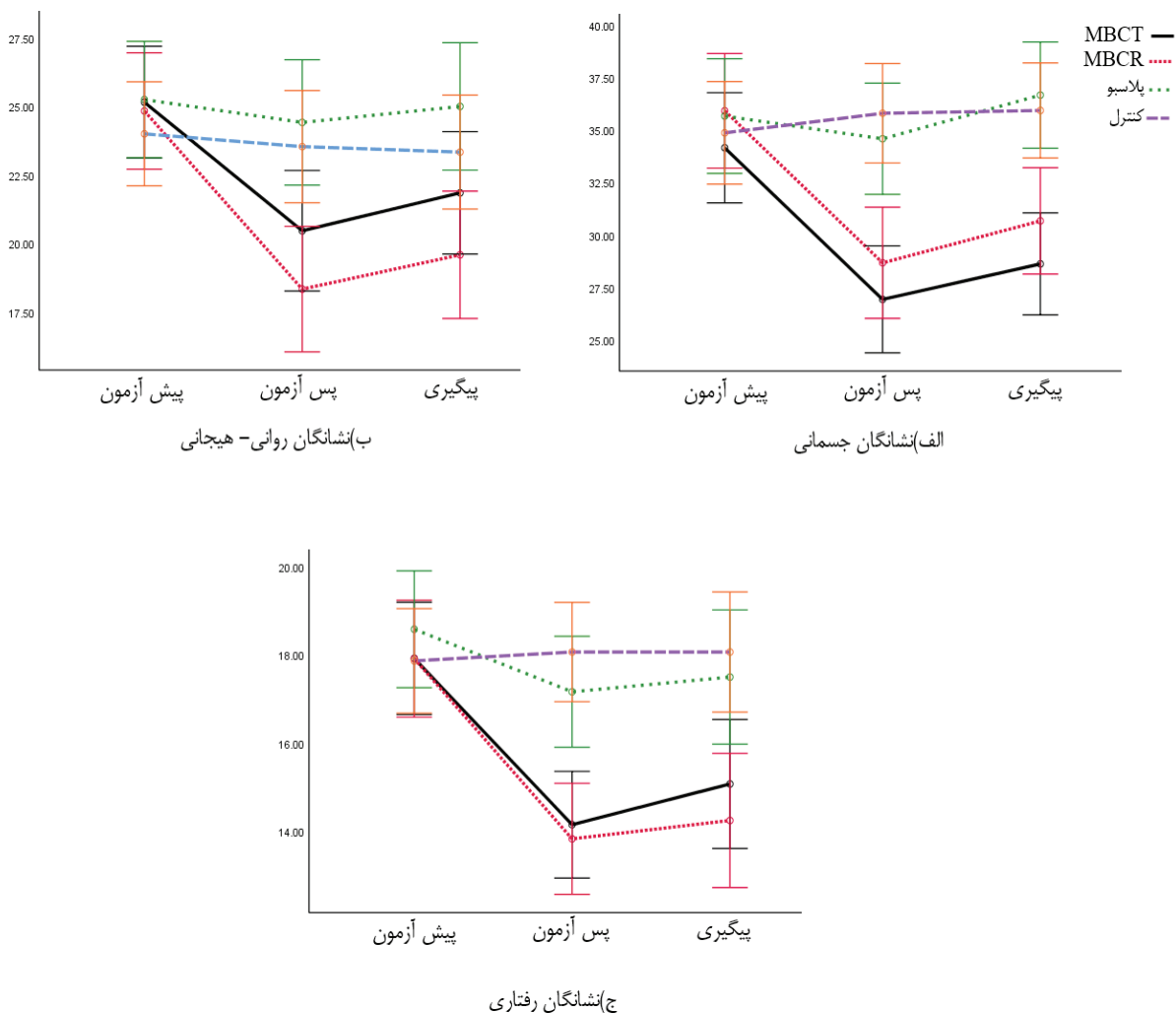
استرس و نشاندگان آن را، در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون کاهش یافته است و این در حالی است که چنین تغییری در مراحل سه گانه گروه‌های کنترل و پلاسیبو ملاحظه نمی شود.

(جدول ۶) نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان بر نشاندگان جسمانی و نشاندگان رفتاری و نمره کل استرس در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. در مقابل جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشاندگان روانی-هیجانی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. نمودار (ب) در (شکل ۱) نشان می‌دهد.

که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشاندگان روانی-هیجانی استرس روش موفق‌تری است. لازم به توضیح است که منطبق بر نتایج جدول فوق اثر پلاسیبو بر استرس و هر یک از نشاندگان آن در مقایسه با گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. (شکل ۱) تغییرات نشاندگان جسمانی، روانی-هیجانی و رفتاری استرس در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در چهار گروه پژوهش را نشان می‌دهد.

همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که شیوه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه پلاسیبو نیز نشاندگان جسمانی، روانی-هیجانی و نشاندگان رفتاری و نمره کل استرس را در سطح معناداری ۰/۰۱ کاهش داده است. در تایید این مطلب (شکل ۱) نشان می‌دهد که در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی میانگین هر سه نشاندگان استرس، در مرحله پس آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته و تغییر ایجاد شده در مرحله پیگیری همچنان پایدار مانده است. در مقابل (شکل ۱) نشان می‌دهد که در گروه کنترل و پلاسیبو تغییرات چشمگیری در میانگین نمرات استرس و نشاندگان آن در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود.

جدول فوق نشان می‌دهد که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز در مقایسه با گروه کنترل نشاندگان جسمانی، روانی-هیجانی و نشاندگان رفتاری و نمره کل استرس را در سطح معناداری ۰/۰۱ تحت تاثیر قرار داده است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که روش مزبور در مقایسه با گروه پلاسیبو نشاندگان جسمانی، روانی-هیجانی و نشاندگان رفتاری و نمره کل استرس را در سطح معناداری ۰/۰۱ کاهش داده است. (شکل ۱) نشان می‌دهد که در گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی میانگین



شکل ۱: نمودار مربوط به تغییرات نشانگان استرس در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در چهار گروه پژوهش

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس پرستاران بیمارستان‌های روان‌پزشکی تهران انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس پرستاران بیمارستان‌های روان‌پزشکی در گروه‌های آزمایش موثر بوده است، در مقایسه این دو رویکرد روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی نشانگان روانی هیجانی استرس اثربخش‌تر از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود. این نتایج با نتایج پژوهش‌های فیضه و همکاران (۴۸)، سیدموسوی و نریمانی (۴۰)، Smith (۴۹)، Song و Linquist (۴۲)، Latheef (۴۳) و Robins و همکاران (۵۰)، Gerler و Schwarze (۵۱) و Sharma

و Rush (۵۲) همخوانی دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که پرستاران با مشکلاتی مانند خودکشی، فرار، پرخاشگری و درگیری‌های فیزیکی از جانب بیماران روبرو هستند که استرس شدیدی برای آنان دارد و در مواجهه با استرس، هیجانات منفی را تجربه می‌کنند. در نتیجه به استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار روی می‌آورند. از طرفی فرایند بازسازی شناختی زمان بر است و تغییرات شناختی که در اثر تمرینات ذهن‌آگاهی در قشر مغز ایجاد می‌شود و بهبودی نشخوار فکری را به دنبال دارد تدریجی است. این نتیجه با پژوهش Halland و همکاران همسو می‌باشد (۵۳). بنابراین استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار مقدم بر راهبردهای شناختی است. در نتیجه اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به دلیل تمرکز و توجهی که بر روی نشانگان روانی-هیجانی به عنوان عامل اولیه دارد بیشتر از

زهرة زاهدی‌راد و همکاران

باعث می‌شود که رویدادهای استرس‌زا منعطف‌تر عمل کند. پرستار در مورد احساسات و هیجاناتش آگاهی بیشتری دارد و کمتر استرس‌ها را تهدید تلقی می‌کند. در نهایت به دلیل این انسجام روانی میزان استرس او کاهش می‌یابد و از طریق خودمدیریتی که به واسطه ذهن آگاهی به دست آورده است راحت‌تر می‌تواند تنش‌ها را مدیریت کند (۵۶). پرستار با تمرین منظم مدیتیشن نسبت به احساسات و تجربیات استرس‌آور خود انعطاف‌پذیرتر می‌شود و تعادل هیجانی خود را باز می‌یابد. بنابراین با کاهش استرس عامل روانی - هیجانی کاهش می‌یابد یعنی هیجانات منفی و استرس‌آور او کاهش و هیجانات مثبت افزایش می‌یابد. بنابراین انجام مداخلات آموزشی-روانی برای پرستاران ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان دهنده تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس پرستاران بیمارستان‌های روان‌پزشکی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل است؛ در مقایسه این دو رویکرد روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی نشانگان روانی هیجانی استرس اثربخش‌تر از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است و این اثرات تا سه ماه پس از مداخله نیز باقی مانده است. از نتایج این پژوهش می‌توان جهت برنامه‌های آموزشی برای پرستاران سایر بیمارستان‌های روان‌پزشکی استفاده کرد و گامی مثبت جهت ارتقای سلامت روان و بهبود توانایی آنان در انجام امور مراقبتی برداشت. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به مقایسه تأثیر این دو رویکرد بر سایر پرستاران نیز بررسی شود. همچنین بررسی تأثیرات بلندمدت آموزش این دو رویکرد نیز توصیه می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی (ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی) اشاره کرد. همچنین به دلیل دشواری تعیین برگزاری جلسات در طول روز، به علت مشغله پرستاران، بیمارستان‌ها به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و پلاسیبو انتخاب شد بنابراین در تعمیم نتایج به جامعه‌های دیگر باید احتیاط کرد و توصیه می‌شود در سایر پژوهش‌ها در صورت امکان پرستاران از بیمارستان‌های مختلف در گروه‌ها به صورت تصادفی گمارش شوند.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی شباهت دارد و از آن اقتباس شده است اما عمدتاً بر اندیشه و تمرکز تأکید دارد. زیرا شامل درمانی شناختی برای کمک به اتخاذ دیدگاه غیرمرکزی و مستقل در مقابل تفکرات فرد است (۵۴). ذهن آگاهی با افزایش احساس پذیرش در پرستاران به آن‌ها کمک می‌کند تجارب کاری خود را همان‌گونه که هست بپذیرند و با استرس و خستگی زیاد، همچنان به عملکرد و کارایی خود در بهترین شکل ممکن ادامه دهند. تمرینات منظم مدیتیشن نشسته و اسکن بدن به بازبانی تعادل هیجانی پرستار کمک می‌کند. تعدیل هیجانات منفی که در طول انجام تمرینات رخ می‌دهد، باعث خودتنظیمی فعالیت مغز می‌شود و با تغییر فیزیولوژی استرس و سیگنال‌های هیجان باعث بهتر کنار آمدن پرستاران با هیجانات منفی می‌شوند (۵۵). ذهن آگاهی با خودمدیریتی و خودتنظیمی که به دنبال این تمرینات در پرستار ایجاد می‌کند باعث افزایش آگاهی می‌شود. آگاهی از هیجانات، افکار و احساساتی که باعث استرس در او می‌شود. پرستار به جای اینکه از روی عادت و به صورت خودکار پاسخ دهد، تلاشی برای تغییر آن‌ها ندارد خواه این تجربیات خوشایند یا ناخوشایند باشند او آن‌ها را مشاهده می‌کند و می‌پذیرد. این پذیرش همیشه با یک کنجکاوی مهربانانه‌ای همراه است که به او اجازه می‌دهد هرآنچه را تجربه کرده بپذیرد بدون اینکه طعمه قضاوت‌ها و یا واکنش‌پذیری‌های خود شود. در نتیجه این مسأله خطر اشتباهات و بروز حوادث شغلی را کاهش می‌دهد. پذیرش خود و هر آنچه تجربه می‌کند بدون قضاوت و نگاه متعصبانه، به او کمک می‌کند بیمار خود را نیز همان‌گونه که هست بپذیرد با تمام توهّم‌ها، هذیان‌ها و نوسان‌های خلقی که در طول درمان تجربه می‌کند و با او ارتباط موثر درمانی برقرار نماید؛ ارتباطی که بر پایه اعتماد است، اعتمادی که پرستار به شهود خود و توانایی‌های خود از طریق ذهن آگاهی رسیده است. اعتماد به احساسات خود و احترام به آن‌ها همان‌گونه که هست. ذهن آگاهی، پرستار را جهت ارتباط با احساساتش کنجکاو می‌کند و این مرتبط شدن با حواس، پایه و اساس پرورش ذهن آگاهی است. هدف کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی آماده کردن افراد برای روش‌های پاسخ به استرس زندگی است. لذا از طریق انسجام روانی - هیجانی که در پرستار ایجاد می‌کند

سپاسگزاری

در پایان از مدیران و پرسنل پرستاری بیمارستان‌های روان‌پزشکی رازی، روزبه و میمنت و نیز پرستاران شرکت کننده در پژوهش که بدون همکاری آنان انجام پژوهش ممکن نبود، سپاسگزاری می‌شود.

این مطالعه مستخرج از پایان‌نامه نویسنده اول مقاله و در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد اخلاق IR.IAU.TMUREC.1398.080 در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

References

- Schönfeld P, Brailovskaia J, Bieda A, Zhang XC, Margraf JJIJoC, Psychology H. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. 2016; 16(1):1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.005>
- ensen HI, Larsen JW, Thomsen TDJJocn. The impact of shift work on intensive care nurses' lives outside work: A cross-sectional study. 2018; 27 (3-4):e703-e9. <https://doi.org/10.1111/jocn.14197>
- BAHRAINIAN A, KHANJANI S, MASJEDI AA. The efficacy of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on burnout in nurses. 2016.
- Adriaenssens J, De Gucht V, Maes SJJonm. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. 2015; 23(3):346-58.
- Chakraborty R, Chatterjee A, Chaudhury SJIpj. Internal predictors of burnout in psychiatric nurses: An Indian study. 2012; 21(2):119.
- Itzhaki M, Peles-Bortz A, Kostitsky H, Barnoy D, Filshtinsky V, Bluvstein IJJomhn. Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. 2015; 24(5):403-12.
- Masa'Deh R, Alhalaiqa F, AbuRuz ME, Al-Dweik G, Al-Akash HYJGJHS. Perceived stress in nurses: A comparative study. 2017; 9(6).
- Masa'Deh R, Jarrah S, AbuRuz MEJJoANS. Occupational stress in psychiatric nursing. 2018; 9:115-9.
- Shih E-C, Hou W-L, Lin P-L, Hsiao S-M, Sun C-A, Chou Y-CJN, et al. Personal Characteristics, Workplace Stressors, and Occupational Burnout among Psychiatric Nurses in Southern Taiwan-A Cross-sectional Study. 2016.
- Chaudhari AP, Mazumdar K, Motwani YM, Ramadas DJAoIP. A profile of occupational stress in nurses. 2018; 2(2):109.
- O Donovan R, Doody O, Lyons RJBJoN. The effect of stress on health and its implications for nursing. 2013; 22(16):969-73. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.16.969>
- Haglund ME, Nestadt P, Cooper N, Southwick S, Charney DJD, psychopathology. Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. 2007; 19(3):889-920. <https://doi.org/10.1017/S0954579407000430>
- Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg BJJonp. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. 2016; 22(6):538-45. <https://doi.org/10.1111/ijn.12455>
- Laal MJPS, Sciences B. Job stress management in nurses. 2013; 84:437-42. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.581>
- Godwin A, Suuk LA, Selorm FHJHSJ. Occupational stress and its management among nurses at St. Dominic Hospital, Akwatia, Ghana. 2016; 10(6):1. <https://doi.org/10.21767/1791-809X.1000467>
- Pouraboli B, Esfandiari S, Ramezani T, Miri S, Jahani Y, Sohrabi N. the efficacy of psychological empowerment skills to job stress in nursing staff in intensive care wards in center of Shahid Rajaei Hospital in Shiraz in 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016 Apr 10; 5(1):23-35.
- White LJJoan. Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. 2014; 70(2):282-94.
- Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. 2016; 43:128-41.
- Zeng X, Li M, Zhang B, Liu XJJor, health. Revision of the Philadelphia mindfulness scale for measuring awareness and equanimity in Goenka's Vipassana meditation with Chinese Buddhists. 2015; 54 (2):623-37.
- Tapper KJCpr. Can mindfulness influence weight management related eating behaviors? If so, how? 2017; 53:122-34.
- Davidson RJ, Kaszniak AWJAP. Conceptual and methodological issues in research on mindfulness and meditation. 2015; 70(7):581. <https://doi.org/10.1037/a0039512>
- Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings JJWh, safety. Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. 2015; 63 (10):462-70. <https://doi.org/10.1177/2165079915596102>
- Khusid MA, Vythilingam MJMm. The emerging role of mindfulness meditation as effective self-management strategy, part 1: clinical implications for depression, post-traumatic stress disorder, and anxiety. 2016; 181(9):961-8. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00677>
- Quach D, Mano KEJ, Alexander KJJoAH. A

- randomized controlled trial examining the effect of mindfulness meditation on working memory capacity in adolescents. 2016; 58 (5): 489-96. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.024>
25. Berk L, Hotterbeekx R, van Os J, van Boxtel MJA, Health M. Mindfulness-based stress reduction in middle-aged and older adults with memory complaints: a mixed-methods study. 2018; 22 (9):1113-20. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1347142>
 26. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Ramesar S, Park JY, Alinat C, et al. Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. 2016;34(24):2827. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.65.7874>
 27. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. 2015;78(6):519-28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
 28. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. 2014;20(3):95-108.
 29. Bamber MD, Schneider JK. Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. 2016;18:1-32.
 30. McConville J, McAleer R, Hahne AJE. Mindfulness training for health profession students—the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. 2017;13(1):26-45.
 31. Tang Y-Y, Tang R, Posner MI, DePaulo B. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. 2016;163:S13-S8.
 32. Reich RR, Lengacher CA, Alinat CB, Kip KE, Paterson C, Ramesar S, et al. Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. 2017;53(1):85-95.
 33. Shabani M, Khalatbari J. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on emotion regulation difficulties and psychological well-being in premenstrual syndrome. Journal of Health Psychology. 2019 Feb 21;29(1):134-53.
 34. Frank JL, Reibel D, Broderick P, Cantrell T, Metz SJM. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on educator stress and well-being: Results from a pilot study. 2015;6(2):208-16. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0246-2>
 35. Sobhani S, Babekhani N, Alebouyeh M. The Effectiveness Based Stress Reduction on the Depression, Anxiety, Stress and Pain Perception in Females with Obstructed Labour-Induced Chronic low Back Pain. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019 Sep 10;25(3):266-77. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.266>
 36. Hick SF, Chan LJS, WIMH. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: effectiveness and limitations. 2010;8(3):225-37. <https://doi.org/10.1080/15332980903405330>
 37. Kline A, Chesin M, Latorre M, Miller R, Hill LS, Shcherbakov A, et al. Rationale and study design of a trial of mindfulness-based cognitive therapy for preventing suicidal behavior (MBCT-S) in military veterans. 2016;50:245-52. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.08.015>
 38. Lindsay EK, Creswell JD, CPR. Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). 2017;51:48-59.
 39. Kenny M, Williams JJF. Treatment-resistant Depressed Patients Show a Good Response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. 2010;8(1):120-6.
 40. Narimani M, Musavi S. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on anxiety, stress and depression of pregnant adolescents: a randomized clinical trial. European Journal of Forensic Sciences. 2015;2(1):1-4.
 41. Phang CK, Chiang KC, Ng LO, Keng S-L, Oei TPSJM. Effects of brief group mindfulness-based cognitive therapy for stress reduction among medical students in a Malaysian university. 2016;7(1):189-97.
 42. Song Y, Lindquist RJ. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. 2015;35(1):86-90.
 43. Latheef F. Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on stress, depression and mindfulness among type 2 diabetics-A randomized pilot study. 2017.
 44. Cohen L, Manion L, Morrison KJR, Abingdon, United Kingdom. Strategies for data collection and researching: Questionnaire. 2007:317-46.
 45. Rezakhani S. Making, Adapting and Standardizing a Psychological Stress Assessment Questionnaire and its Symptoms. Journal of Psychological Methods and Models. 2011 Mar 21;1(3):97-117.
 46. Mohammadkhani P, Khanipour H. Mindfulness Based Cognitive Therapies. Tehran FoEo, editor: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences publications; 2012.
 47. Basharpour S, Mohammadi N, Asadi Shishehgaran S. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Program Training on Quality of Life of Women Heads of Households. Journal of Women and Society. 2017 Jul 23;8(30):1-4.
 48. Feizeh A, Dabaghi P, Goudarzi P. The efficacy

- of mindfulness-based stress reduction training in the stress, anxiety, depression and psychological well-being of military personnel. *Journal of military Psychology*. 2016 Spring;6(21):5-14.
49. Smith SA, Jonk. Mindfulness-based stress reduction: An intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. 2014;25(2):119-30. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12025>
50. Robins CJ, Keng SL, Ekblad AG, Brantley JG, Jocp. Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: A randomized controlled trial. 2012;68(1):117-31. <https://doi.org/10.1002/jclp.20857>
51. Schwarze MJ, Gerler Jr ER, JTPC. Using mindfulness-based cognitive therapy in individual counseling to reduce stress and increase mindfulness: An exploratory study with nursing students. 2015;5(1):39. <https://doi.org/10.15241/mjs.5.1.39>
52. Sharma M, Rush SE, Joe-bc, medicine a. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. 2014;19(4):271-86. <https://doi.org/10.1177/2156587214543143>
53. Halland E, De Vibe M, Solhaug I, Friborg O, Rosenvinge J, Tyssen R, et al. Mindfulness training improves problem-focused coping in psychology and medical students: Results from a randomized controlled trial. 2015;49(3):387-98.
54. Baer RA, JCP, practice. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. 2003;10(2):125-43. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
55. Irani S, Tavakoli M, Esmaili M, Fatemi A. The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Illness Acceptance and coping Strategies in with Systematic Lupus Erythematosus. *Journal of Positive Psychology Research*. 2019 Dec;5(1):1-16.
56. DARSKHAN M, VAZIRI S. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the sense of psychological integrity and coping style in patients with asthma. 2017.