

## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی شناختی و پردازش هیجانی پرستاران مضطرب

\*سمانه اسدی<sup>۱</sup>

عباس ابوالقاسمی<sup>۲</sup>

سجاد بشرپور<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** اضطراب در پرستاران نقش مهم و حساسی را ایفا می‌کند. درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی سومین نسل از درمان‌های اختلالات اضطرابی هستند که نظر درمانگران زیادی را به خود جلب کرده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی شناختی و پردازش هیجانی در پرستاران مضطرب انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از میان پرستاران دارای اضطراب شهر اردبیل ۴۰ پرستار به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه مداخله (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و کنترل قرار گرفتند. مداخله شامل هشت جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود. جمع آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس اضطراب (حالت-صفت)، مقیاس ذهن آگاهی، مقیاس نارسایی شناختی، مقیاس پردازش هیجانی و مقیاس افکار اضطرابی انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد در گروه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی‌داری موجب بهبود نارسایی شناختی، پردازش هیجانی و اضطراب پرستاران شده است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری کلی:** براساس یافته‌های مطالعه حاضر، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عامل تاثیر گذار مهمی در بهبود نارسایی شناختی، پردازش هیجانی و کاهش اضطراب در پرستاران است. همچنین این روش آموزشی می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های موثر و مفید برای پرستاران باشد.

**کلید واژه‌ها:** اضطراب، هیجان، ذهن آگاهی، شناخت درمانی، شناخت

تاریخ دریافت: ۹۵/۵/۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۸

## مقدمه

افراد در بسیاری از موقعیت‌های زندگی به‌طور طبیعی احساس اضطراب می‌کنند. رفتارهای اضطرابی واکنش‌های سازگارانه طبیعی هستند که به فرد کمک می‌کنند تا واکنش مناسبی در مقابله با شرایط سخت نشان دهد. اضطراب شدید همراه با رویدادها و موقعیت‌های نامناسب، سبب بروز مشکل و رفتارهای ناسازگارانه می‌شود<sup>(۱)</sup>. بروز ترس، تردید و نگرانی مفراط از ویژگی‌های اصلی اضطراب بوده و معمولا همراه با علائم فیزیولوژیکی است که فرد را مدام در انتظار رخداد رویدادهای ناراحت‌کننده قرار می‌دهد<sup>(۲)</sup>. نتایج مطالعات نشان داده است که ۶۰ درصد زنان و ۴۰ درصد مردان بین سنین ۱۶ تا ۶۵ سال دارای اضطراب بوده‌اند<sup>(۳)</sup>. پرستاران نیز از جمله افرادی هستند که به‌طور روزمره با پدیده اضطراب مواجه می‌شوند<sup>(۴)</sup>. پرستاران به علت دارا بودن شغل پرتنش، اضطراب و نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند<sup>(۵)</sup> اشکال در تمرکز، توجه هدفمند و حفظ آگاهی به صورت لحظه به لحظه از مشکلاتی است که پرستاران در هنگام بالا بودن میزان تنش، در حین کار با آن مواجه هستند<sup>(۶)</sup>.

در سال‌های اخیر، اقدامات و مداخلات در زمینه ذهن آگاهی به‌طور فزاینده‌ای محبوبیت یافته و توجه بسیاری را به خود جلب کرده است به طوری که آموزش‌های مبتنی بر ذهن جایگاه خود را به عنوان درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های جسمی و روانشناختی یافته است<sup>(۷)</sup>. ذهن آگاهی یکی از سبک‌های تمرینات مراقبه‌ای است<sup>(۸)</sup> که به توانایی داشتن تجربه بدون قضاوت از واقعیت موجود اطلاق می‌شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با فعالیت‌های Kabat-zinn شروع شد و با تلفیق این تفکرات با روانشناسی و پزشکی، رشد و گسترش یافت<sup>(۹)</sup>. آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر روش‌های مراقبه‌ای مانند تکنیک بررسی بدن برای افزایش فهم و آگاهی از چگونگی افکار متکی است. این تکنیک در راستای ادراک حس‌های ارادی بدن مانند غذا خوردن و

حرکت کردن و حس‌های غیرارادی بدنی مانند تنفس برنامه ریزی شده است تا با به کارگیری آن‌ها کنترل بیشتری بر پاسخ‌های غیر ارادی مانند تنش‌ها اعمال شود. این تکنیک به افراد می‌آموزد تا به صورت آگاهانه الگوهای عادت شده و غیر ارادی نشخوار ذهنی را شناسایی کرده و آن‌ها را به صورت الگوهای آگاهانه و قابل کنترل تبدیل کنند. با این روش فرد می‌آموزد تا با به کارگیری این فرایندها، احساسات و اندیشه‌های منفی را شناخته و آن‌ها را به صورت رویدادهای ساده و قابل کنترل تغییر دهد<sup>(۱۰)</sup>. برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با کاهش نشخوارهای ذهنی و کاستن از افکار منفی تنش‌زا<sup>(۱۱)</sup> موجب کاهش درد، اضطراب و پریشانی شناختی<sup>(۱۲)</sup> می‌شود. نتایج مطالعات نشان داده آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود بیماری‌های التهابی نقش موثری داشته<sup>(۱۳)</sup> و موجب کاهش فشارخون بالا، اضطراب<sup>(۱۴)</sup> و افزایش تحمل و تاب آوری در پرستاران دارای اضطراب، افسردگی و استرس شده است<sup>(۱۵)</sup>.

نارسایی شناختی از جمله مولفه‌های موثر بر اضطراب در پرستاران است. شواهد زیادی در زمینه نقش نارسایی شناختی در اختلالات اضطرابی وجود دارد<sup>(۱۶)</sup>. از نظر Martin نارسایی شناختی اشتباهات یا خطاهایی است که فرد به صورت هنجاری ظرفیت انجام آن را دارد و شامل اختلال در حافظه، توجه و عملکردهای ذهنی است. از نظر Wallace نارسایی شناختی ساختاری چند بعدی است که دارای سه مولفه خطا در شکل دادن به اهداف، فعال سازی طرح واره‌ها و راه اندازی کنش‌ها است که با میزان یادگیری وقایع، ظرفیت حافظه کوتاه مدت، کاهش سطح هوشیاری و همچنین توجه منحرف شده ارتباط دارد<sup>(۱۷)</sup>. بر اساس مطالعات انجام شده بین نارسایی شناختی و عملکرد در انجام تکالیف همبستگی مثبت وجود داشته<sup>(۱۸)</sup> و نارسایی شناختی نتیجه وجود عواملی از قبیل چند وظیفه‌ای بودن و نگرانی است که با خواب‌آلودگی، اضطراب و فشار کاری در محیط کار همراه است<sup>(۱۹)</sup>. نتایج تحقیق دیگری نیز وجود رابطه

شناختی و پردازش هیجانی در پرستاران دارای اضطراب انجام شد.

### روش بررسی

مطالعه حاضر به صورت نیمه مداخله تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل و نارسایی شناختی، پردازش هیجانی و اضطراب به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری شامل تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر اردبیل در سال ۱۳۹۲ بود. پرستارانی که در مقیاس اضطراب Spielberger's State-Trait نمره بالاتر از نمره ۴۳ کسب کردند، به عنوان پرستار مضطرب شناسایی شدند و از بین آن‌ها ۴۰ نفر پرستار مضطرب به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (۲۰ نفر گروه مداخله و ۲۰ نفر گروه کنترل). در این پژوهش پس از جمع آوری داده‌ها و انجام آنالیز مقدماتی با سطح آلفا که میزان تفاوت و توان آماری را نشان می‌دهد، در مورد کفایت حجم نمونه قضاوت لازم صورت پذیرفت. با توجه به اینکه توان آماری با حجم نمونه رابطه مستقیم دارد، بر همین اساس حجم نمونه ۱۴ نفر برای هر گروه کفایت داشت ولی برای جبران ریزش احتمالی و در جهت افزایش توان آزمون، برای هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد<sup>(۲۷)</sup>. آموزش در گروه مداخله بر اساس الگوی Crani<sup>(۲۸)</sup> بود که آموزش ذهن آگاهی، مفاهیم مرتبط و تکنیک‌ها در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و در طی مدت ۸ هفته در بیمارستان محل کار پرستاران برگزار شد. در هر جلسه محور بحث مشخص شده و با انجام تمرین‌ها و تکیه بر مفاهیم ذهن آگاهی و تعیین تکلیف در خانه برای جلسه بعد، به پایان می‌رسید. به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی داده نشد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب اجازه از مسئولین مربوطه، معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش، تشریح اهداف و ماهیت پژوهش، کسب رضایت شفاهی از پرستاران شرکت‌کننده، جلب مشارکت آنان در پژوهش و ارائه نتایج مطالعه به مسئولین بیمارستان مورد

معنی‌دار بین نارسایی شناختی، اضطراب، فشار روانی و اختلالات عاطفی را نشان داده است<sup>(۲۰)</sup>.

پردازش هیجانی متغیر دیگری است که می‌تواند بر اضطراب در پرستاران اثر گذار باشد. Rachman پردازش هیجانی را حاصل فرایندی می‌داند که با کاستن از آشفتگی هیجانی موجب می‌شود تا تجارب و رفتارهای دیگر به راحتی صورت گیرند. به نظر او چهار دسته عوامل وجود دارند که ممکن است منجر به بروز مشکلاتی در پردازش هیجانی شوند. اجتناب شناختی که طی آن ذهن از پذیرش وقایع و رویدادها خودداری می‌کند، تطابق نداشتن با وقایع کوتاه مدت، افسردگی و شکل گیری عقاید بیش بهاء داده شده از جمله این عوامل هستند<sup>(۲۱)</sup>. برخی افراد پردازش هیجانی ضعیف‌تری در رابطه با الگوهای شناختی درگیر با تنش، اضطراب و مشکلات هیجانی مانند نشخوار فکری، فاجعه انگاری در رویدادها و سرزنش خود هستند. این افراد در مقایسه با کسانی که از الگوهای مطلوب شناختی مانند ارزیابی مجدد وقایع به شکل مثبت استفاده می‌کنند و نشخوار ذهنی کمتری دارند، آسیب پذیرتر بوده و با مشکلات شناختی بیشتری مواجه می‌شوند<sup>(۲۲)</sup>. در برخی آسیب‌های روانی، پردازش هیجانی دچار اختلال شده و حیطه‌هایی مانند ادراک و حافظه دچار آسیب و اختلال می‌شوند<sup>(۲۳)</sup>. برخی مطالعات نشان داده‌اند وجود نگرانی و افزایش کمال‌گرایی در موقعیت‌های توأم با استرس، مانع پردازش هیجانی در افراد شده است<sup>(۲۴)</sup>. یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های افزایش اضطراب، پردازش پس از یک رویداد هیجانی است<sup>(۲۵)</sup>. مطالعات نشان داده است بین آگاهی از وضعیت حال، حافظه فعال و تنظیم هیجان در پرستاران ارتباط وجود دارد<sup>(۲۶)</sup>.

با توجه به رو به رشد بودن مفاهیم نارسایی شناختی و پردازش هیجانی و همچنین وجود تحقیقات اندک در زمینه پرستاران، تحقیق حاضر با هدف تعیین اثر بخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی

بازآزمایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است. ضریب اعتبار این مقیاس به مقیاس تنظیم هیجان معنی دار ( $R=0/054$ ) است<sup>(۳۱)</sup>. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب پردازش هیجان ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه افکار اضطرابی Wells ۲۲ آیتم دارد این پرسشنامه آمادگی برای نگرانی اجتماعی، نگرانی بهداشت و فرانگرانی (داشتن نگرانی در مورد نگرانی‌ها) را مورد سنجش قرار می‌دهد. در مطالعه Wells، ضرایب آلفای کرونباخ نگرانی اجتماعی ۰/۸۴، نگرانی بهداشتی ۰/۸۱ و فرانگرانی ۰/۷۵ گزارش شده است<sup>(۳۲)</sup>. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افکار اضطرابی ۰/۷۶ بدست آمد.

مقیاس اضطراب حالت-صفت: توسط Spielberg و همکارانش تدوین و اعتباربخشی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۰ گویه و دو مقیاس اضطراب حالت (آشکار) و اضطراب صفت (پنهان) است. Spielberg و همکارانش ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های اضطراب حالت و اضطراب صفت را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همبستگی بین دو فرم اضطراب، بسیار بالا است (۰/۹۶ تا ۰/۹۸) و همبستگی بین مقیاس خصیصه‌ای اضطراب Spielberg و مقیاس‌های دیگر که سازه اضطراب را می‌سنجند نیز بالا است<sup>(۳۳)</sup>. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب صفت-حالت ۰/۸۱ بدست آمد.

در این پژوهش آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه مداخله اعمال شد که خلاصه‌ای از آن در جدول شماره یک آمده است.

مطالعه بود. در پایان نیز به افراد شرکت کننده در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. ضمناً تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

ابزار استفاده شده در این پژوهش مقیاس ذهن‌آگاهی فرم کوتاه است که توسط Buchheld و همکارانش ساخته و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۴ گویه است که دو زیر مقیاس پذیرش آگاهانه (هشت گویه) و حضور آگاهانه (شش گویه) را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس ۳۰ گویه‌ای برابر با ۰/۹۳، فرم کوتاه ۱۴ گویه‌ای در افراد عادی برابر با ۰/۷۹ و در افراد بالینی برابر با ۰/۸۶ بدست آمده بود<sup>(۲۹)</sup>. در بررسی مقدماتی انجام شده توسط آریاپوران بر روی جانبازان جسمی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱، پایایی دومیه سازی آن ۰/۶۶ و پایایی باز آزمون در آن ۰/۵۶ گزارش شده است<sup>(۳۰)</sup>.

مقیاس نارسایی شناختی در سال ۱۹۸۲ به وسیله Broadbent و همکارانش ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۴ گویه و چهار مؤلفه حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی است. در بررسی انجام شده توسط Wallace ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۶ و ضریب اعتبار آن ۰/۵۱ گزارش شده است<sup>(۱۵)</sup>. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس نارسایی شناختی ۰/۸۵ بدست آمد.

فرم کوتاه مقیاس پردازش هیجان دارای ۲۵ گویه است که توسط Baker و همکارانش ساخته شده است. در نسخه تجدید نظر شده، ویژگی‌های روان‌سنجی در رابطه با تشخیص تفاوت بین گروه‌ها امیدوارکننده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ و ضریب پایایی

## جدول شماره ۱: جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

تعداد جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی و آشنایی با هدایت خودکار
جلسه دوم	آموزش مراقبه و آرسی بدن، انجام تنفس آگاهانه و مراقبه ذهنی، تمرکز درمورد تمرین‌ها و حس کردن دقیق آن‌ها
جلسه سوم	انجام ۳ دقیقه تنفس، انجام حرکات هوشیارانه، پیگیری تمرین‌های مراقبه و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن به صورت یک تفکر ذهن آگاهانه از طریق دیدن یا شنیدن
جلسه چهارم	ماندن در لحظه حاضر، ۵ دقیقه دیدن یا شنیدن با 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 می‌گردد، کشف تاثیرات تمرین‌های مراقبه بر ذهن و بدن و تمرین واکنش به الگوهای عادی شده
جلسه ششم	آموزش نظارت آگاهانه، برقرار نمودن 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 تمرین‌های تنفس آگاهانه، توجه به اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها به علاوه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تاثیر آن بر ذهن و بدن
جلسه هشتم	جمع بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون

۴۵ درصد گروه مداخله و ۵۰ درصد گروه کنترل مجرد و بقیه متاهل بودند. ۴۵ درصد از شرکت کنندگان در گروه مداخله و ۴۰ درصد از شرکت کنندگان گروه کنترل در بخش‌های ویژه کار می‌کردند. سایر یافته‌های جمعیت شناختی در جدول شماره دو ارائه شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد و تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

## یافته‌ها

## جدول شماره ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه مداخله و کنترل

گروه کنترل		گروه مداخله		وضعیت تاهل
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۰	۱۰	۴۵	۹	مجرد
۵۰	۱۰	۵۵	۱۱	متاهل
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	کل
گروه کنترل		گروه مداخله		بخش‌ها
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴۰	۸	۴۵	۹	بخش‌های ویژه
۱۵	۳	۲۵	۵	قلب
۱۵	۳	۵	۱	عفونی
۱۵	۳	۲۵	۵	داخلی
۵	۱	—	—	همودیالیز
۱۰	۲	—	—	وی آی پی
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	کل

کنترل ۷۲ و ۷۲/۲۵ است. میانگین نمرات افکار اضطرابی در گروه مداخله در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۴۹/۰۵ و ۳۱/۸۰ و نیز میانگین گروه کنترل ۴۹ و ۵۲/۳۵ می‌باشد. همچنین ذهن‌آگاهی در گروه مداخله در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۲۵/۲۰ و ۴۱/۲۰ و نیز میانگین گروه کنترل ۲۵/۶۰ و ۲۵/۷۵ است.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات متغیرهای نارسایی شناختی در گروه مداخله در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۸۰/۴۰ و ۵۶/۸۵ و نیز میانگین گروه کنترل ۸۰/۵۵ و ۹۰/۲۰ می‌باشد. همچنین پردازش هیجانی در گروه مداخله در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۶۷/۷۰ و ۴۴/۹۵ و نیز میانگین گروه

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای نارسایی شناختی، پردازش هیجانی، افکار اضطرابی و ذهن‌آگاهی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		مداخله		کنترل	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
نارسایی شناختی	۸۰/۴۰	۸/۵۶	۵۶/۸۵	۷/۰۶	۸۰/۵۵	۶/۵۵	۹۰/۲۰	۱۰/۰۸
پردازش هیجانی	۶۷/۷۰	۱۰/۱۵	۴۴/۹۵	۷/۴۷	۷۲	۹/۶۳	۷۲/۲۵	۱۳/۶۰
افکار اضطرابی	۴۹/۰۵	۷/۸۹	۳۱/۸	۵/۰۳	۴۹	۷/۷۷	۵۲/۳۵	۷/۱
ذهن‌آگاهی	۲۵/۲	۱/۳۹	۴۱/۲	۲/۰۶	۲۵/۶	۲/۵۲	۲۵/۷۵	۲/۴

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای نارسایی شناختی، پردازش هیجانی، افکار اضطرابی و ذهن‌آگاهی، تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ;  $F = 24/70$ ) و

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta
نارسایی شناختی	۱۱۰۲۲/۴۰۰	۱	۱۱۰۲۲/۴۰۰	۱۳۸/۸۰۷	۰/۰۰۰	۰/۷۸۵
پردازش هیجانی	۵۴۷۵/۶۰۰	۱	۵۴۷۵/۶۰۰	۳۹/۵۱۰	۰/۰۰۰	۰/۵۱۰
افکار اضطرابی	۴۲۴۳/۶۰۰	۱	۴۲۴۳/۶۰۰	۵۱/۶۴۷	۰/۰۰۰	۰/۵۷۶
ذهن‌آگاهی	۲۵۱۲/۲۲۵	۱	۲۵۱۲/۲۲۵	۲۶۶/۲۵۲	۰/۰۰۰	۰/۸۷۵

### بحث و نتیجه گیری

هدف از اجرای این پژوهش، تعیین اثر بخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نارسایی شناختی و پردازش هیجانی در پرستاران دارای اضطراب بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نارسایی شناختی در پرستاران مضطرب موثر

نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول شماره چهار نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش نارسایی شناختی، پردازش هیجانی و اضطراب پرستاران مضطرب موثر بوده است.

بوده است. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه مشابه است. Moor و Mlinowski در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مراقبه ذهن آگاهی موجب بهبود انعطاف شناختی در افراد شده است<sup>(۳۴)</sup>. همچنین نارسایی شناختی با کاهش انعطاف شناختی پرستاران مضطرب<sup>(۳۵-۳۸)</sup> می‌تواند در افزایش اختلال در عملکردهای شناختی نقش موثری داشته باشد. انجام رفتارهای هوشیارانه نظارت آگاهانه، برقرار نمودن رابطه با افکار، توجه به ذهن و توجه به اعضای بدن و تمرین و تکرار این موارد از سوی پرستاران در محیط کاری منجر به کاهش استرس و اضطراب شده و در نتیجه انعطاف پذیری روانشناختی آنها افزایش می‌یابد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ذهن آگاهی در کاهش پردازش هیجانی پرستاران مضطرب موثر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی همخوانی دارد. برای مثال Kenny و Williams بر این باورند که آموزش ذهن آگاهی با کاهش پردازش هیجانی و افزایش تنظیم هیجان موجب کاهش نشانه‌های استرس و اضطراب می‌شود<sup>(۳۹)</sup>. تحقیقات دیگر نیز به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافته‌اند<sup>(۴۰-۴۲)</sup>. در توجیه این یافته می‌توان گفت چون ذهن آگاهی احساس بدون قضاوت و متعادل است که به پذیرش هیجان‌ات و پدیده‌های فیزیکی به همان صورتی که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند، بنابراین آموزش آن در پرستاران مضطربی که دارای پردازش هیجانی بیشتری هستند، کمک می‌کند تا احساسات و نشانه‌های روان‌شناختی خود را پذیرفته و توجه و حساسیت بیش از حد خود را نسبت به نشانه‌های آن کم کنند.

مطالعه Kokovski و همکاران نشان داد افراد آگاه هنگام استرس کمتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده کرده و بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مساله مدار و مثبت سود می‌برند<sup>(۴۳)</sup>. مهارت‌های تنظیم توجه، هیجان، تمرکز بر احساسات و همچنین پذیرش بدون قضاوت کردن، از

فنون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی هستند که افراد آگاه از آنها در مقابله با استرس سود می‌برند<sup>(۴۴-۴۷)</sup>.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این است که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش اضطراب پرستاران نقش موثری داشته باشد. در مطالعه‌ای دیگر آموزش ذهن آگاهی در دانشجویان و بیماران، موجب کاهش اضطراب در آنها شده بود. بر اساس یافته‌های Zeidan و همکاران، آموزش ذهن آگاهی موجب کاهش درد در بیماران دارای دردهای مزمن شده است. او و همکارانش بر این باورند که آموزش ذهن آگاهی نسبت به روش تن آرامی دارای اثر بخشی بیشتری بوده است<sup>(۴۸)</sup>. با توجه به این که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنی دار اضطراب در دانشجویان و بیماران شده است، می‌توان گفت در این شیوه درمانی فرد الگوهای تفکر منطقی مانند تهدیدآمیز بودن محیط را با افکار منطقی و مثبت جایگزین کرده و با این شیوه موجب کاهش اضطراب شده است. به عبارت دیگر، به کارگیری درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در پرستاران مضطرب با شناسایی افکار اضطرابی، چالش و نبرد با این افکار، روبرو شدن و جایگزین کردن آنها با افکار غیر اضطرابی و غیر تهدیدآمیز موجب کاهش یافتن علائم اضطراب در آنها می‌شود. از سوی دیگر، به کارگیری دیگر تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند بازسازی شناختی و تن آرامی، به تنهایی و یا با هم، باعث کاهش معنی دار سطح اضطراب شده است.

با توجه به نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش ذهن آگاهی در کاهش اضطراب، بهبود نارسایی شناختی و پردازش هیجانی پرستاران موثر و کمک کننده است. به نظر می‌رسد اجرای مداخلات روانشناختی مرتبط با پرستاران در برنامه‌های آموزشی آنها امری ضروری است که می‌تواند در آینده راه گشای مناسبی در هدایت مشاوران و درمان گران بالینی برای کاهش اضطراب کارکنان بخش درمانی بیمارستان‌ها و به ویژه

پرستاران باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به همگن نبودن دو گروه از نظر جنسیت و تاهل اشاره کرد. از این رو به نظر می‌رسد در تعمیم پذیری نتایج بایستی کمی احتیاط کرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش برگزاری جلسات کوتاه مدت و نداشتن پیگیری در گروه‌های مورد مطالعه بود. لذا لازم است در تحقیقات آتی به همگن بودن گروه‌ها از نظر جنسیت و تاهل توجه و دقت بیشتری کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، پی‌گیری نیز انجام شود.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، بیمارستان فاطمی و پرستاران شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند. ضمناً این پژوهش از موضوع پایان نامه مصوب در دانشگاه محقق اردبیلی استخراج شده است. کد انجام این پایان نامه ۱۰۱۵۳۹/ت مورخ ۱۳۹۳/۶/۲۵ می‌باشد.

### فهرست منابع

1. Walz LC, Nauta MH, aan het Rot M. Experience sampling and ecological momentary assessment for studying the daily lives of patients with anxiety disorders: A systematic review. *J Anxiety Disord.* 2014;28(8):925-37.
2. Posner MI, Rothbart MK, Sheese BE, Voelker P. Developing attention: behavioral and brain mechanisms. *Advances in Neuroscience.* 2014;2014.
3. Kam JW, Handy TC. Differential recruitment of executive resources during mind wandering. *Conscious Cogn.* 2014;26:51-63.
4. 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.
5. Park Y-M, Kim SY. Impacts of job stress and cognitive failure on patient safety incidents among hospital nurses. *Safety and health at work.* 2013;4(4):210-5.
6. Aguocha H. Gender and hospital units as indices of nurses' anxiety. Unpublished B Sc. 2011.
7. Godsey J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complement Ther Med.* 2013;21(4):430-9.
8. Kaunhoven RJ, Dorjee D. How does mindfulness modulate self-regulation in pre-adolescent children? An integrative neurocognitive review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017; 74:163-84.
9. MacKenzie MB, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. *Psychol Res Behav Manag.* 2016;9:125-32.
10. Li W, Howard MO, Garland EL, McGovern P, Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2017; 17.
11. 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. *Contemp Clin Trials.* 2016;50:245-52.
12. Lindsay EK, Creswell JD. Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clin Psychol Rev.* 2017; 51:48-59.
13. Malarkey WB, Jarjoura D, Klatt M. Workplace based mindfulness practice and inflammation: a randomized trial. *Brain Behav Immun.* 2013;27:145-54.
14. Schwarze MJ. Assessing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in individual sessions in reducing self-reported stress and increasing self-reported mindfulness levels of a nursing student: North Carolina State University; 2011; 1-115.



15. 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.
16. Carrigan N, Barkus E. A systematic review of cognitive failures in daily life: Healthy populations. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;63:29-42.
17. Hadlington L. Cognitive failures in daily life: Exploring the link with Internet addiction and problematic mobile phone use. *Comput Human Behav*. 2015;51:75-81.
18. Wallace JC, Popp E, Mondore S. Safety climate as a mediator between foundation climates and occupational accidents: a group-level investigation. *J Appl Psychol*. 2006;91(3):681-8.
19. Felver JC, Celis-de Hoyos CE, Tezanos K, Singh NN. A systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness*. 2016;7(1):34-45.
20. Sullivan B, Payne TW. Affective disorders and cognitive failures: a comparison of seasonal and nonseasonal depression. *Am J Psychiatry*. 2007;164(11):1663-7.
21. Lotfi S, Abolghasemi A, Narimani M. [A comparison of emotional processing and fear of positive/negative evaluations in women with social phobia and normal women]. *JSR*. 2014;14(53):101-11. Persian.
22. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *J Psychosom Res*. 2007;62(2):167-78.
23. Etkin A, Egner T, Kalisch R. Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends Cogn Sci*. 2011;15(2):85-93.
24. Kabir Nejad S, Aliloo M, Hashemi Nosrat Abadi T. [Predicting changes of emotional processing indicators based on dysfunctional cognitions worry, perfectionism and disorder types]. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;1(1):47-55. Persian
25. Golman D. [Emotional self-awareness, continence, empathy and to help others]. Translation by Parsae N Tehran: Roshd Publications. 2012; 301-5.
26. 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.
27. Buchheld N, Grossman P, Walach H. Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*. 2001;1(1):11-34.
28. Roberts-Wolfe D, Sacchet M, 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;13: 6-15.
29. Buchheld N, Grossman P, Walach H. Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*. 2001;1(1):11-34.
30. Ariapooran S. [Relationship between mindfulness and emotion regulation with happiness, life satisfaction and resilience in warfare victims in Ardabil]. Personal report in Ardabil.(Pilot). 2010. Persian.
31. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *J Psychosom Res*. 2010;68(1):83-8.
32. Kearney DJ, Simpson TL, Malte CA, Felleman B, Martinez ME, Hunt SC. Mindfulness-based stress reduction in addition to usual care is associated with improvements in pain, fatigue, and cognitive failures among veterans with gulf war illness. *The American journal of medicine*. 2016;129(2):204-14.
33. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y): self-evaluation questionnaire: Consulting Psychologists Press Palo Alto, CA; 1983.
34. Wallace JC. Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. *Pers Individ Dif*. 2004;37(2):307-24.
35. Noguchi K. Mindfulness as an end-state: construction of a trait measure of mindfulness. *Pers Individ Dif*. 2017;106:298-307.

36. Wallace JC. Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. *Pers Individ Dif*. 2004;37(2):307-24.
37. Wallace JC, Vodanovich SJ, Restino BM. Predicting cognitive failures from boredom proneness and daytime sleepiness scores: An investigation within military and undergraduate samples. *Pers Individ Dif*. 2003;34(4):635-44.
38. Wickens CM, Toplak ME, Wiesenthal DL. Cognitive failures as predictors of driving errors, lapses, and violations. *Accid Anal Prev*. 2008;40(3):1223-33.
39. Kenny M, Williams J. Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behav Res Ther*. 2007;45(3):617-25.
40. Kingston J, Chadwick P, Meron D, Skinner TC. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *J Psychosom Res*. 2007;62(3):297-300.
41. 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.
42. Jam S, Imani AH, Foroughi M, SeyedAlinaghi S, Koochak HE, Mohraz M. [The effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program in Iranian HIV/AIDS patients: a pilot study]. *Acta Med Iran*. 2010;48(2):101-106. Persian
43. Kocovski NL, Fleming JE, Rector NA. Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cogn Behav Pract*. 2009;16(3):276-89 .
44. Mennin DS. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2004;11(1):17-29.
45. Nyklíček I, van Son J, Pop VJ, Denollet J, Pouwer F. Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy benefit all people with diabetes and comorbid emotional complaints equally? Moderators in the DiaMind trial. *J Psychosom Res*. 2016;91:40-7.
46. Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*®. 2012;18(4):233-52.
47. Marlatt GA, Bowen S, Chawla N, Witkiewitz K. Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: Therapist training and therapeutic relationships. *Mindfulness and the therapeutic relationship*. 2008:107-21
48. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. 2010;19(2):597-605.

## The Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy on Cognitive Failure and Emotional Processing in Anxious Nurses

\*Asadi S. MS<sup>1</sup>

Abolghasemi A. PhD<sup>2</sup>

Basharpoor S. PhD<sup>3</sup>

### Abstract

**Background & Aim:** Anxiety plays an important and sensitive role in nurses. Mindfulness-based therapy is the third generation of anxiety disorders treatments that attracted many practitioners attention. The aim of present research was to examine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive failure and emotional processing in the anxious nurses.

**Materials & Methods:** This study was pre-test and post-test with control group. For this purpose, 40 nurses were randomly selected from nurses with anxiety in Ardabil and they assigned to intervention (mindfulness-based cognitive therapy) and the control groups. The intervention was 8 sessions (1.5 h per weeks) of a mindfulness-based cognitive therapy courses. Our instruments were the State-Trait anxiety, mindfulness, cognitive failure, emotional processing and anxious thoughts scales.

**Results:** The results showed that mindfulness-based cognitive therapy in the intervention group significantly improved cognitive failure, emotional processing and anxiety in the nurses ( $p < 0/05$ ).

**Conclusion:** Based on our research findings, mindfulness-based cognitive therapy is an important effective factor in cognitive failure, emotional processing improvement and reduces anxiety in nurses. Also, this method can be used as one of the effective and useful method for nurses.

**Keywords:** Anxiety, Emotion, Mindfulness,. Cognitive Therapy, Cognitive

Received: 23 Jul 2016

Accepted: 29 Oct 2016

---

<sup>1</sup>.MS of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. (\*Corresponding author)  
09145976119 Email: samanehasadi64@gmail.com

<sup>2</sup>.Professor of Psychology, University of guilan, Rasht, Iran.

<sup>3</sup>.Associated Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Tel: