



"Research article"

doi: 10.30495/JINEV.2023.1968878.2780

Comparison of the Effectiveness of Group Anger Management Training Based on Cognitive Reconstructing and Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on Mental Fatigue, Perceived Stress, and Emotion Regulation in Nurses in Urmia¹

Nazila Aghbolaghi², Alinaghi Aghdasi^{3*}, Hossein Rostami⁴, Ahad Ahangar⁵

(Received: 2022.10.08 - Accepted: 2023.02.08)

- 1- This article is taken from the doctoral dissertation of Nazila Ablaghi, a student of educational psychology at Islamic Azad University, Tabriz branch.
- 2- Ph. D. Student in Educational Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz. Iran.
- 3- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz. Iran.
- *. Correspondent Author. Email: Aghdasi@iaut.ac.ir
- 4- Research Center for Cognitive & Behavioral Sciences in Police; Directorate of Health, Rescue & Treatment, Police Headquarter, Tehran, Iran. 2-NAJA Institute of Law Enforcement Sciences and Social Studies, Tehran, Iran.
- 5- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shabestar Branch, Shabestar, Iran.

Abstract:

This study intended to compare the effectiveness of group training of anger management based on cognitive reconstructing and mindfulness based stress reduction (MBSR) on mental fatigue, perceived stress, and emotion regulation in nurses. The research method was quasi-experimental with pre-, and post-test design and a control group, statistical population included all the nurses of Shafa hospital in Urmia (n=85), among them 45 people were selected through on-hand method and were randomly assigned in two experimental and one control groups (each group 15 people). The research instruments included mental fatigue scale (Feron & Tidel), perceived stress scale (Cohen), and emotions questionnaire (Watson) and anger management based on cognitive reconstructing and MBSR packages. Data analysis was done by one-way analysis of covariance with SPSS software. The findings indicated that MBSR was more effective than anger management based on cognitive reconstructing regarding decreased perceived stress. No significant difference was observed regarding the effectiveness of two methods on both variables of mental fatigue and emotion regulation (in sig level of 0.05). In conclusion, participating in anger management training sessions based on cognitive restructuring and MBSR makes nurses familiar with their feelings, emotions and thoughts and can control their negative emotions, thereby experiencing lower levels of perceived stress and mental fatigue.

Keywords: anger management, mindfulness, mental fatigue, perceived stress, emotion regulation



مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر استرس ادراک شده، خستگی روانی و تنظیم هیجان پرستاران ارومیه^۱

نازیلا آغبلاقی^۲، علی‌نقی اقدسی^{۳*}، حسین رستمی^۴، احد آهنگر^۵

(دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۶ - پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹)

چکیده

هدف پژوهش، مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان پرستاران بود. روش تحقیق، نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با جامعه آماری کلیه پرستاران بیمارستان شفای ارومیه (n=85) بود، که ۴۵ نفر از آنها به صورت در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) به طور تصادفی جایگزین شدند. ابزارهای تحقیق شامل آزمون خستگی روانی فرون و تیدل، پرسشنامه هیجان‌ات و اتسن، مقیاس استرس ادراک شده کوهن و نیز بسته‌های آموزش تکنیک‌های مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی (۱۲ جلسه) و MBSR (۸ جلسه) با اجرای غیرهمزمان توسط شخص محقق به فاصله یک‌ماه از هم، بود. آنالیز داده‌ها به صورت تحلیل کوواریانس تک راهه با نرم‌افزار SPSS بود. یافته‌ها نشان داد که آموزش MBSR بر کاهش استرس ادراک شده تأثیر بیشتری نسبت به آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی دارد. در متغیرهای خستگی روانی و تنظیم هیجان تفاوت معناداری در اثربخشی دو روش مشاهده نشد (در سطح معنی‌داری ۰/۰۵). در نتیجه، شرکت در جلسات درمان آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و MBSR باعث شد تا پرستاران با احساسات، هیجان‌ها و افکار خود آشنا و قادر به کنترل هیجان‌های منفی خود شوند از این طریق سطوح کمتری از استرس ادراک شده و خستگی روانی را تجربه کنند.

واژگان کلیدی: مدیریت خشم، ذهن‌آگاهی، خستگی روانی، استرس ادراک شده، تنظیم هیجان

۱- این مقاله مستخرج از رساله دکتری نازیلا آغبلاقی دانشجوی رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می‌باشد.

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، ایران.

* نویسنده مسئول: Aghdasi@iaut.ac.ir

۴- مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت. امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران و پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران.

۵- استادیار گروه روانشناسی واحد شبستر، دانشگاه آزاد شبستر، ایران

مقدمه

در حال حاضر، سیستم سلامت از مهم‌ترین نهادها به شمار می‌رود، زیرا که حفظ جان انسان‌ها و ارتقاء سلامت جوامع را بر عهده دارد. علی‌الخصوص به هنگام بروز برخی شرایط بحرانی و پیش‌بینی نشده هم‌چون پاندمیک، این سیستم و کلیه کارکنان آن با به خطر انداختن جان خود، در خط مقدم رسیدگی به بیماران قرار می‌گیرد. این شرایط استرسی مضاعف و بسیار بیشتر از قبل بر کلیه کادر درمان و در رأس آنها پرستاران و پزشکان وارد می‌کند و آنها را با مشکلات روانی همچون اختلال در تنظیم هیجان مواجه کرده و در نهایت دچار خستگی روانی بیشتری می‌کند (زو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

پرستاران به علت شرایطی که در محیط بیمارستان تجربه می‌کنند بدون شک خستگی زیادی احساس خواهند کرد. خستگی زیاد ممکن است باعث گردد آرامش جسمی و ذهنی پرستار از حالت تعادل خارج شود و با از بین بردن توان و انرژی او، باعث افزایش آشفتگی روانی در وی گردد. در حقیقت، خستگی می‌تواند تمرکز و توجه پرستار را تحلیل برد و از این رو، وی را از نظر ذهنی دچار تنش کند (موکه^۲، ۲۰۰۵). چرا که افراد با انجام یک کار سخت از نظر جسمی خسته نمی‌شوند. مسئله اصلی تخلیه احساسی از کمبود منابع برای مقابله با خواسته‌ها و عوامل استرس‌زا است (پارولا، کوئلهو، نوز، برناردز، سوسا و کاتالا^۳، ۲۰۲۲).

عامل دیگر و مرتبط با پرستاران و کادر بیمارستانی استرس ادراک شده^۴ است. استرس ادراک شده به عنوان وضعیتی تعریف می‌شود که افراد آن را تهدیدآمیز یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنند و برای مقابله با آن منابع کافی در اختیار ندارند (کوهن^۵، نقل از زارعی، ۱۳۹۹). برخی تأکید می‌کنند که بزرگسالان جوان‌تر به دلیل سرعت بالاتر زندگی و به طور کلی تعداد بیشتر رویدادها، شدت استرس بیشتری دارند. برخی دیگر پیشنهاد می‌کنند که افراد مسن‌تر تلفات، مشکلات سلامتی و مالی بیشتری را تجربه می‌کنند و در برابر اثرات منفی استرس آسیب‌پذیرتر هستند (باباکوا^۶، ۲۰۱۷). استرس ادراک شده تأثیر منفی روی سیستم ایمنی و متابولیک دارد و افرادی که سطوح بالای استرس را تجربه می‌کنند ممکن است در معرض خطر ایجاد هیجان‌ات منفی از قبیل افسردگی و اضطراب قرار گیرند (بلاکستون و برگمن^۷، ۲۰۱۷). مقابله با استرس اغلب با هوش هیجانی و مهارت‌های رفتاری مرتبط است. به ویژه ثبات عاطفی و راهبردهای مقابله با تاب‌آوری بهتر در برابر استرس روزانه همراه است (استریشیتسکایا، پتراش، ساونیشوا، مورتازینا و گلوی^۸، ۲۰۱۹).

1- Zu

2- Muecke

3- Parola, Coelho, Neves, Bernardes, Sousa, Catela

4- Perceived stress

5- Cohen

6- Babakova

7- Blaxton & Bergeman

8- Strizhitskaya, Petrash, Savenysheva, Murtazina, Golovey

متغیر مهم دیگری که در ارتباط با این گروه مورد بررسی قرار می‌گیرد ضرورت تنظیم هیجان در پرستاران می‌باشد. تنظیم هیجان در اصل به صورت ویژگی تفاوت فردی مفهوم‌سازی می‌شود که در طول زمان و در موقعیت‌های مختلف نسبتاً ثابت است (هافر^۱ و همکاران، ۲۰۱۵، رایدیگر و لونگ، ۲۰۱۵، شایب و همکاران، ۲۰۱۵ و روکه و همکاران، ۲۰۱۸).

تنظیم هیجانی به مجموعه فرآیندهای خودکار و کنترل شده‌ای اشاره دارد که شامل شروع، حفظ و نگهداشت و تغییر هیجانان است که این امر در وقوع، شدت و طول مدت حالات احساسی و عاطفی اثرگذار است (گراس و تامپسون^۲، ۲۰۰۷). ناتوانی در تنظیم هیجان از طریق بروز مشکلاتی در آگاهی، درک و پذیرش هیجان‌ها، فقدان دسترسی به راهبردهای انطباقی در مواجهه با هیجان‌های مختلف و یا ناتوانی در کنترل رفتار به هنگام مواجهه با انگیزندگی‌های شدید هیجانی تعریف می‌شود (گراتز و روئمر^۳، ۲۰۰۴). به دنبال تجربیات استرس‌زا، افراد به‌طور قابل توجهی در عملکرد عاطفی خود متفاوت هستند، یک بعد از این تفاوت فردی به عنوان تاب‌آوری عاطفی شناخته می‌شود. تنظیم هیجان به عنوان عامل دخیل در انعطاف‌پذیری هیجانی شناخته شده است. با این حال، ماهیت این رابطه نامشخص است. نظریه‌های اخیر نشان می‌دهد تاب‌آوری هیجانی در برابر عوامل استرس‌زای مختلف، مستلزم انتخاب منعطفی از استراتژی تنظیم هیجان بهینه و مناسب است. تنظیم هیجان به فرآیند پویایی اشاره دارد که از طریق آن با هدف تأثیرگذاری بر احساسات از طریق افزایش یا کاهش سطح شدت یا بزرگی تجربه هیجانی، فعال‌سازی اهداف یا انگیزه‌های شخصی اتفاق می‌افتد. به عنوان مثال، یک فرد غمگین ممکن است بخواهد از شدت غم و اندوه خود در پی از دست دادن یکی از عزیزانش بکاهد، یا ممکن است فردی بخواهد در هنگام مواجهه با خطری قریب‌الوقوع که مستلزم مقدار دوز سالمی از اضطراب یا هیجان است، شدت احساسات خود را افزایش دهد. ما به این تعدیل‌های عاطفی به‌عنوان کاهش‌دهنده یا تنظیم‌کننده احساسات اشاره می‌کنیم (سانتیاگو کالدر^۴، ۲۰۲۱).

باباپور، زینالی، عظیمی و چاووشی (۱۳۹۸) با بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سرطان، مداخله بر بهبود اضطراب و خستگی روانی پرستاران را تأیید کردند. زائری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود دریافتند اجرای برنامه آموزش مدیریت استرس مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، در کاهش ابعاد فرسودگی شغلی (خستگی هیجانی و کفایت شخصی) و افزایش توانمندسازی روانشناختی کارمندان گروه آزمایشی مؤثر بوده است.

مداخلات متعددی در پرداختن به مسائل روانشناختی پرستاران مورد استفاده قرار گرفته است. آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی یکی از این مداخلات می‌باشد. به طور کلی، رویکرد

1- Hofer

2- Gross & Thompson

3- Gratz & Roemer

4- Santiago Calder

بازسازی شناختی مجموعه‌ای از روش‌هاست که به افراد یاد می‌دهد مفروضات خود را درباره وضعیت‌ها و دنیا بررسی کنند و عقایدشان را واقع‌بینانه‌تر و عاقلانه‌تر سازند. در کاربرد از این فنون فرض بر این است که افکار غیرمنطقی رفتارهای غیرمنطقی را به وجود می‌آورند که می‌توان آنها را با تغییر دادن افکار زیربنایی اصلاح کرد (آسیخیا، ۲۰۱۴). از آن جایی که طبق نظریه شناخت درمانی، تغییر شناخت‌ها منجر به تغییر و کنترل و تنظیم هیجان نیز خواهد شد، لذا می‌توان انتظار داشت این روش مداخله منجر به تنظیم هیجان در نمونه مورد مطالعه شود. بازسازی شناختی مبتنی بر این پیش فرض بنیادی است که مشکلات در زندگی از شناخت‌ها، باورها و افکار غلطی نشأت می‌گیرد که افراد در موقعیت‌های مختلف رشد و گسترش می‌دهند. (کرانکه، وایس، گین^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). خشم در سطح شناختی، با توجه بیش از حد به محرک‌های مرتبط با خشم و تکانشگری همراه است. مهم است که بدانیم بین خشمگین بودن و رفتار خشمناک داشتن تفاوت وجود دارد. افراد دارای خشم بالا ممکن است رفتارهای مرتبط با خشم (مانند خشونت، پرخاشگری و غیره) را در پاسخ به مساله‌ای جزئی، مانند تحریک یا توهین نشان دهند. درمان خشم مهم است، زیرا کمبودهای کنترل خشم عواقب منفی دارد. نقص در کنترل خشم بر سلامت روان تأثیر منفی می‌گذارد و منجر به تصمیم‌گیری‌های ضعیف و ناسازگار می‌شود (ریچارد، تازی، فریدیکا، حمید، مصطفی^۳، ۲۰۲۲).

درمان مدیریت خشم به نظارت بر سرنخ‌های برانگیختگی خشم، آموزش تمدد اعصاب و بازسازی شناختی متمرکز می‌باشد. این رویکرد ترکیبی گزینه‌هایی را به اعضای گروه ارائه می‌دهد که از این مداخلات مختلف استفاده می‌کنند و سپس آن‌ها را تشویق می‌کند تا یک برنامه کنترل خشم فردی را با استفاده از تکنیک‌های زیادی که ممکن است ایجاد کنند (ریلی و سوفشایر^۴، ۲۰۱۹).

برای پرستاران، استرس محل کار می‌تواند با حجم کار، کمبود کارکنان، خشونت در محل کار و تضاد مدیریت سازمانی و خواسته‌های بیمار تشدید شود. استرس در پرستاران می‌تواند منجر به ارتباط ضعیف بیمار و مراقب، افزایش خطاهای دارویی و به طور کلی بدتر شدن پیامدهای بیمار شود. به طور مشابه، استرس طولانی مدت می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی شود که به عنوان خستگی شدید، بدبینی، جدایی از شغل و عدم موفقیت تعریف می‌شود. بنابراین، بررسی مدارک مداخلاتی که برای بهبود مراقبت از خود و کاهش استرس و فرسودگی شغلی پیشنهاد می‌شوند، مانند ذهن آگاهی، مهم است (آرمستانگ و توم^۵، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از روش‌های مورد استفاده بر روی کادر پرستاران و مورد بحث در پژوهش حاضر، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی "MBSR" می‌باشد. در این مورد محققان اظهار داشتند که این نوع شناخت

1- Asikhia

2- Kranke, Weiss & Gin

3- Richard, Tazi, Frydecka, Hamid, Moustafa

4- Rielly & Shopshire

5- Armstong and Tume

درمانی شامل تمرین‌هایی همچون آرمیدگی، یوگا، اسکن بدن و تمرین‌های مربوط به ارتباط رفتار، افکار و احساس می‌باشد. تمامی این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامونی را در لحظه میسر می‌کند (فرایدبرگ و مک کلور^۱، ۲۰۱۵).

ذهن‌آگاهی را می‌توان به صورت توجه عمدی، حضور و پذیرش اینجا و اکنون، بدون قضاوت تعریف کرد. تکنیک‌هایی مانند تمرکز بر دم و بازدم و اسکن بدن در حین مدیتیشن، پایه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی هستند (آرمستانگ و توم، ۲۰۲۰). اثرات گزارش شده MBSR شامل کاهش استرس؛ ذهن‌آگاهی؛ بهبود عزت نفس؛ افزایش سلامت عمومی؛ کاهش اضطراب؛ و افزایش همدلی است. از آنجایی که MBSR به طور گسترده در برنامه‌های درسی پرستاری گنجانده نشده است، دانشجویان تکنیک‌های کاهش استرس مورد نیاز برای مدیریت استرس روزانه را یاد نمی‌گیرند (پتکو^۲، ۲۰۱۷).

پرستار با تمرین منظم مدیتیشن در برابر احساسات و تجربیات استرس‌آور خود انعطاف‌پذیرتر خواهد شد 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. لذا، انجام مداخلات آموزشی-روانی برای پرستاران ضروری به نظر می‌رسد (زاهدی راد و همکاران، ۱۳۹۹).

یافته‌های پژوهش بادله شموشکی، صالحی یانسری و صادقی (۱۳۹۹) و نیز مک‌وی، ایس، اسکی، کارسول، برتون، رج و نوبل^۳ (۲۰۲۱) حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری موجب کاهش نشانگان استرس در بین پرستاران بیمارستان‌ها می‌شود.

اخیراً، محققانی همچون لیم، لئو، اونگ^۴ و همکاران (۲۰۲۰) و ژانگ، ژانگ، لیو^۵ و همکاران (۲۰۲۱)؛ فریستون، تیپلیدی، مان^۶ و همکاران (۲۰۲۰)، رتی و دنیلز^۷ (۲۰۲۰) و ژانگ، یائو و نارایانان^۸ (۲۰۲۰) اثربخشی MBSR را بر کاهش استرس و علائم اضطراب و پریشانی روانشناختی تایید کردند. به طور خاص، در نمونه پرستاران، یون و یو^۹ (۲۰۲۱) و نیز فراهانی و عبادی زارع (۲۰۱۸) در پژوهش خود با مطالعه برنامه مدیریت خشم برای پرستاران به این نتیجه رسیدند که این مداخله بر کاهش سطح خشم و پرخاشگری، استرس شغلی و نیز ارتقای سطح بهزیستی روانشناختی و رضایت شغلی این قشر موثر بوده است.

1- Friedberg & McClure

2- Petko

3- McVeigh, Ace, Ski, Carswell, Burton, Rej, Noble.

1- Lim, Leow, Ong

2- Zhang, Zhang, Liu

3- Freeston, Tiplady, Mawn

4- Rettie & Daniels

5- Zheng, Yao & Narayanan

6- Yun & Yoo

با توجه به مواردی که در بالا ذکر شد به منظور پیشگیری، کنترل و کاهش استرس‌های شغلی و مدیریت خشم پرستاران و نیز تاثیر منفی آنها بر ابعاد فردی و اجتماعی و شغلی پرستاران، این تحقیق به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان در بین پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه با هم تفاوت دارد یا خیر؟

روش

روش این تحقیق، نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر را کلیه پرستاران بیمارستان شفای شهر ارومیه تشکیل می‌دهد (n=85) که از این میان ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی مورد نظر و یک گروه کنترل به طور تصادفی و از طریق قرعه‌کشی جای گرفتند. معیارهای ورود عبارت بودند از: سن بین ۲۵-۴۰؛ عدم دریافت مداخله روانشناختی. معیار خروج عبارت بود از سن بالای ۴۰ سال؛ دریافت مداخلات روان‌درمانی؛ استفاده از داروی روانپزشکی

ابزارهای تحقیق شامل آزمون خستگی روانی، پرسشنامه هیجانانگیز و مقیاس استرس ادراک شده می‌باشد که به ترتیب به شرح آنها می‌پردازیم.

-آزمون خستگی روانی:

آزمون مقیاس ارزیابی خستگی مقیاسی است که توسط فرون و تیدل در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس از ۱۰ آیت تشکیل شده است و برای ساخت آن از چندین مقیاس ارزیابی خستگی استفاده شده است. این آزمون به شیوه لیکرت از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (برای همیشه) نمره گذاری می‌شود (یودر^۱، ۲۰۱۰). بررسی‌ها نشان دادند که ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ و ضریب همبستگی این مقیاس با سایر پرسشنامه‌های خستگی، از ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ گزارش شده است (برادول و آنکولی-ازرائیل^۲، ۲۰۰۸). در مطالعه بیرامی، زینالی، اشرفیان و نیکانفر (۱۳۹۲)، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تعیین گردید.

- پرسشنامه هیجانانگیز (PANAS^۳)

به منظور اندازه‌گیری واکنش‌پذیری هیجانی از مقیاس عاطفه مثبت و منفی استفاده گردید. عاطفه مثبت به احساس شور و شوق، فعال بودن و هشیاری در یک فرد و عاطفه منفی به احساس

1- Yoder

2- Bardwell & Ancoli-Israel

3- Positive Affect and Negative Affect Scales

غمگینی و کمبود انرژی اشاره دارد. این مقیاس توسط واتسن، کلارک و تلگن در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است و دارای ۱۰ آیتم برای هر خرده مقیاس می‌باشد. آیتم‌ها روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱=بسیار کم تا ۵=بسیار زیاد درجه‌بندی می‌شوند. دامنه نمرات برای هر یک از عواطف مثبت و منفی ۱۰ تا ۵۰ است. در پژوهش بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) روایی سازه این مقیاس قابل قبول و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) برای هر دو زیر مقیاس عاطفه مثبت و منفی معادل ۰/۸۵ گزارش شد. پایایی این ابراز در این پژوهش، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تعیین گردید.

مقیاس استرس ادراک شده:

مقیاس استرس ادراک شده توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ در سال ساخته شده است. این مقیاس ده گویه دارد که گویه‌های آن جنبه‌های منفی و مثبت استرس را دربرمی‌گیرند. این مقیاس با گزینه‌های پاسخ‌دهی در پنج طیف لیکرتی طراحی شده است که ترتیب نمرات به صورت صفر تا ۴ است و محاسبه امتیاز نمرات به طور معکوس (هرگز=۴، به ندرت=۳، گاهی اوقات=۲، اغلب=۱ و همیشه=صفر) است؛ به جز سؤالات ۴، ۵، ۶ و ۸ که به طور مثبت محاسبه می‌شوند. مجموع امتیازات برابر ۱۳ حد معمول استرس است، اما مجموع امتیاز ۲۰ و بالاتر به عنوان استرس بالا در نظر گرفته می‌شود (کانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). برای روایی و پایایی پرسش‌نامه میمورا و گریفیث^۲ در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ اصلی و مقیاس تجدیدنظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ بدست آوردند که این ضرایب به ضرایب پایایی نسخه اصلی خیلی نزدیک است. در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۴ مشخص گردید. در این پژوهش پایایی این ابراز، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تعیین گردید.

بسته‌های آموزشی

بسته‌های آموزشی مورد استفاده در پژوهش حاضر به قرار زیر هستند:

بسته ۱: خلاصه جلسات آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی
در ادامه گروه مداخله کاهش استرس بر اساس ذهن‌آگاهی هفته ای یک جلسه در مجموع ۸ جلسه ۲ ساعته، بر اساس بسته مدون شده توسط باون و مارلات (۲۰۱۱) مورد مداخله قرار گرفتند. هر جلسه با

1- Kang
2- Mimura & Griffiths

یک تمرین آغاز و با بحث در مورد تمرین، ادامه و با تکالیف خانگی پایان می‌یافت. در زیر محتوای جلسات گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به اختصار آورده شده است:

جلسه اول: مرحله اول: تشریح ماهیت تشکیل جلسه، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر؛ مرحله دوم: ۱- شرح مختصری از ۸ جلسه. ۲- انجام مدیتیشن‌های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها. ۳- تکالیف خانگی: پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته‌اند در مورد غذا خوردن یا ظرف شستن.

جلسه دوم: ۱- انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه، ۲- بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن. ۳- بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن. ۴- انجام مدیتیشن در حالت نشسته. ۵- تکالیف: ذهن‌آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره.

جلسه سوم: ۱- حرکات آرام و ذهن‌آگاهی و یوگا به عنوان شیوه‌ای از آرام کردن علائم فیزیکی استرس و آگاه شدن از حرکات ظریف بدن مطرح می‌شود. ۲- تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)، ۳- مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن‌آگاهی رویدادی ناخوشایند.

جلسه چهارم: ۱- مراقبه نشسته با تأکید بر توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مدیتیشن چهاربعدی نیز نامیده می‌شود)؛ ۲- بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، ۳- تمرین قدم زدن ذهن‌آگاه، ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن‌آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد خوشایند).

جلسه پنجم: ۱- انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲- ارائه و اجرای حرکات ذهن‌آگاه بدن؛ ۳- تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره

جلسه ششم: ۱- تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ ۲- بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ۳- ارائه‌ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثر واقعیت‌ها نیستند؛ ۴- چهار تمرین مدیتیشن به مدت یک ساعت، پی‌درپی ارائه شد. ۵- تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. بعلاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

جلسه هفتم: ۱- مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ ۲- مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ۳- ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن

چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. ۴- فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ ۵- تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است؛ تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد خوشایند. ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید.

جلسه هشتم: ۱- اسکن؛ ۲- مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید؛ ۳- تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ ۴- بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع مدیتیشن؛ ۵- مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات (باون و مارلات، ۲۰۱۱).

بسته آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی

جلسه ۱. مروری بر درمان گروهی مدیریت خشم

جلسه ۲. رویدادها و نشانه‌ها: چارچوبی مفهومی برای درک خشم

جلسه ۳. برنامه‌های کنترل خشم: کمک به اعضای گروه برای ایجاد برنامه‌ای برای کنترل خشم

جلسه ۴. چرخه پرخاشگری: چگونه چرخه را تغییر دهیم

جلسه ۵. بازسازی شناختی: مدل A-B-C-D و توقف فکر

جلسه ۶. تمرین جلسه شماره ۱: تقویت مفاهیم آموخته شده

جلسات ۷ و ۸. آموزش قاطعیت و مدل حل تعارض: جایگزین‌هایی برای ابراز خشم

جلسات ۹ و ۱۰. خشم و خانواده: چگونه یادگیری گذشته می‌تواند بر رفتار فعلی تأثیر بگذارد

جلسه ۱۱. تمرین جلسه شماره ۲: تقویت مفاهیم آموخته شده

جلسه ۱۲. اختتامیه و فارغ التحصیلی: تمرین اختتامیه و اعطای گواهینامه (ریلی و سوفشایر، ۲۰۱۹).

این دو مداخله به صورت غیر همزمان و توسط خود محقق به فاصله یک‌ماه از هم اجرا شدند.

یافته‌ها

تعداد کل نمونه‌ی پژوهش ۴۵ نفر از پرستاران بودند که در دو گروه آزمایشی (مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و یک گروه کنترل قرار گرفته بودند. تعداد گروه آزمایشی اول (مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی)، گروه آزمایشی دوم (کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و گروه سوم (گروه کنترل) با همدیگر برابر بوده و برابر ۱۵ نفر بود. گروه‌های مورد مطالعه طی دو مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون مورد آزمون قرار گرفتند.

میانگین سنی نمونه تحقیق برابر ۳۴/۵۰ سال با انحراف معیار ۳/۸۷ بود. حداقل و حداکثر سن شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر ۲۸ الی ۴۰ سال بود. از نظر آماری تفاوت معناداری بین میزان سن

گروه‌های مورد آزمایش وجود نداشت ($Sig=0/331$). از نظر جنسیت تعداد پرستاران زن و مرد برابر بود؛ اما از نظر تاهل ۷۵ درصد نمونه متاهل و ۲۵ درصد مجرد بودند. از نظر تحصیلات ۶۳ درصد دارای مدرک لیسانس، ۲۷ درصد مدرک فوق‌لیسانس و ۱۰ درصد نیز دارای مدرک دکترا بودند. از نظر تعداد خانوار نیز ۴۰ درصد نمونه دارای خانواده سه نفری بودند.

پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس عبارتند از: الف) نرمال بودن توزیع داده‌ها

جدول ۱: نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک در مورد نرمال بودن توزیع داده‌ها

Table 1

Results of Kalmogragh-Smirnov and Shapiro-Wilk tests on normality of data distribution

Group گروه	Variable متغیر	Stage مرحله	Kalmogragh-Smirnov test آزمون کلموگروف-اسمیرنوف		Shapiro-Wilk test آزمون شاپیرو-ویلک	
			Z statistic Z آماره	sig	Z statistic Z آماره	sig
group anger management training Based on Cognitive Reconstructing	Perceived Stress استرس ادراک شده	Pre-test	.21	.06	.92	.21
		Post-test	.19	.14	.91	.15
مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی	Mental Fatigue خستگی روانی	Pre-test	.18	.200	.9	.09
		Post-test	.2	.11	.9	.09
	Emotion Regulation تنظیم هیجان	Pre-test	.22	.06	.93	.3
		Post-test	.14	.200	.9	.11
Mindfulness Based Stress Reduction	Perceived Stress استرس ادراک شده	Pre-test	.14	.200	.91	.15
		Post-test	.16	.200	.92	.2
کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی	Mental Fatigue خستگی روانی	Pre-test	.16	.200	.96	.63
		Post-test	.2	.12	.92	.21
	Emotion Regulation تنظیم هیجان	Pre-test	.19	.17	.93	.31
		Post-test	.17	.200	.9	.11
Control	Perceived Stress استرس ادراک شده	Pre-test	.22	.05	.9	.08

کنترل	Post-test	.21	.07	.92	.18
	پس آزمون				
Mental Fatigue	Pre-test	.18	.2	.94	
	پیش آزمون				
خستگی روانی	Post-test	.13	.200	.94	.43
	پس آزمون				
Emotion Regulation	Pre-test	.18	.2	.92	.2
	پیش آزمون				
تنظیم هیجان	Post-test	.16	.200	.9	.1
	پس آزمون				

ب) آزمون استقلال متغیرهای پیش آزمون

جدول ۲: آزمون تحلیل واریانس یک سویه مورد همسانی میانگین‌ها در پیش آزمون

Table 2

One-way analysis of variance test on equality of means in pre – test

Variables	F	Df _{bg}	DF _{wg}	p
متغیرها				
Pre- test of Perceived Stress	0.588	2	42	0.560
پیش آزمون استرس ادراک شده				
Pre- test of Mental Fatigue	0.499	2	42	0.611
پیش آزمون خستگی روانی				
Pre- test of Emotion Regulation	1.41	2	42	0.254
پیش آزمون تنظیم هیجان				

ج) آزمون برابری واریانس‌های خطا:

جدول ۳: آزمون لون در مورد برابری واریانس‌های خطای متغیرهای تحقیق

Table 3

Leven test on equality of error variances of research variables

Variables	Group	F	Df ₂	DF ₁	p
متغیرها	گروه				
Perceived Stress	group anger management training Based on Cognitive Reconstructing	1.06	1	28	0.31
	مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی				
استرس ادراک شده	Mindfulness Based Stress Reduction	2.1	1	28	0.16
	کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی				
Mental Fatigue	group anger management training Based on Cognitive Reconstructing	4.09	1	28	0.05
	مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی				
خستگی روانی	Mindfulness Based Stress Reduction	1.44	1	28	0.24
	کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی				
Emotion Regulation	group anger management training Based on Cognitive Reconstructing	0.42	1	28	0.52
	مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی				
هیجان	Mindfulness Based Stress Reduction	0.03	1	28	0.87
	کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی				

د) آزمون همگنی شیب خط رگرسیون:

جدول ۴: مقایسه شیب خط رگرسیون متغیرهای تحقیق

Table 4

Comparison of regression line slop of research variables

Variables متغیر	Group گروه	F	p
Perceived Stress استرس ادراک شده	group anger management training Based on Cognitive Reconstructing	0.01	0.91
	مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی Mindfulness Based Stress Reduction	0.59	0.45
Mental Fatigue خستگی روانی	group anger management training Based on Cognitive Reconstructing	1.41	0.25
	مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی Mindfulness Based Stress Reduction	1.58	0.22
Emotion Regulation تنظیم هیجان	group anger management training Based on Cognitive Reconstructing	0.4	0.53
	مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی Mindfulness Based Stress Reduction	0.47	0.5
	کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی		

ه) همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه‌ها:

جدول ۵: بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس‌ها

Table 5

Examining the assumption of homogeneity of variance and covariance matrices

Group گروه	M.box statistic آماره ام باکس	F	Sig سطح معنی‌داری
group anger management training Based on Cognitive Reconstructing	14.07	2.07	0.053
مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی Mindfulness Based Stress Reduction	13.27	1.95	0.069
کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی			

فرضیه اول: اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و اثربخشی کاهش

استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر استرس ادراک شده پرستاران ارومیه متفاوت است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در آزمون اثر متغیر مستقل بر استرس ادراک شده

Table 6

Results of one way ANCOVA in test of independent variable on perceived stress

dependent variable: perceived stress	Mean of inter-group squares	Df درجه آزادی	Mean of error squares	F	Sig سطح معناداری	η^2
متغیر وابسته: استرس ادراک شده	میانگین مجزورات بین گروهی	1	میانگین مجزورات خطا	5.87	0.02	0.18
Pre-test	68.14		68.14			

پیش‌آزمون Group	76.23	1	76.23	6.57	0.02	0.2
گروه Error	313.2	27	11.6			
خطا Total	445.87	29				
کل						

بر اساس نتایج جدول فوق میزان اثربخشی اجرای متغیرهای مستقل یعنی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و آموزش ذهن‌آگاهی، بر متغیر استرس ادراک شده ($F(1, 27) = 6/57, P < 0/05$) متفاوت بوده است. در جدول ۷ میانگین‌های اصلاح شده ارائه شده است.

جدول ۷: میانگین‌های اصلاح شده استرس ادراک شده در گروه‌ها

Table 7

Trimmed mean of perceived stress in the groups

Group	Mean	Mean difference	Standard error	Sig
گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
Anger management مدیریت خشم	29.87			
Mindfulness ذهن‌آگاهی	26.67	3.2	1.25	0.02

با توجه به جدول میانگین اصلاح شده گروه آزمایش مدیریت خشم در استرس ادراک شده برابر ۲۹/۸۶ و میانگین گروه ذهن‌آگاهی برابر ۲۶/۶۶ است. تفاوت میانگین بین این دو گروه ۳/۲۰ واحد است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت که تأثیر ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک شده بیشتر از روش آموزش مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی بوده است.

فرضیه دوم: اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر خستگی روانی پرستاران ارومیه متفاوت است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در آزمون اثر متغیر مستقل بر خستگی روانی

Table 8

Results of one way ANCOVA in test of independent variable on mental fatigue

dependent variable:	Mean of inter-group squares	Df	Mean of error squares	F	Sig	η^2
متغیر وابسته: خستگی روانی	میانگین مجزورات بین گروهی	درجه آزادی	میانگین مجزورات خطا		سطح معناداری	
Pre-test پیش‌آزمون	33.45	1	33.45	22.8	0.000	0.46

Group	0.08	1	0.08	0.05	0.82	0.001
گروه						
Error	39.62	27	1.47			
خطا						
Total	74.7	29				
کل						

براساس نتایج جدول فوق میزان اثربخشی اجرای متغیرهای مستقل یعنی آموزش مبتنی بر مدیریت خشم و ذهن‌آگاهی، بر متغیر خستگی روانی ($F(1, 29) = 0.52, P > 0.01$) تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. به یک بیان دیگر میزان اثربخشی هر دو روش در کاهش خستگی روانی همسان بوده است.

فرضیه سوم: اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر تنظیم هیجان پرستاران متفاوت است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در آزمون اثر متغیر مستقل بر تنظیم هیجان

Table 9

Results of one way ANCOVA in test of independent variable on emotion regulation

dependent variable:	Mean of inter-group squares	Df	Mean of error squares	F	Sig	η^2
emotion regulation	میانگین مجذورات بین	درجه آزادی	میانگین مجذورات خطا		سطح معناداری	
تغییر وابسته: تنظیم هیجان	میانگین مجذورات بین گروهی					
Pre-test	927.6	1	927.6	46.41	0.00	0.63
پیش‌آزمون						
Group	17.58	1	17.58	0.88	0.36	0.03
گروه						
Error	539.61	27	19.99			
خطا						
Total	1478	29				
کل						

براساس نتایج جدول فوق، نتایج آزمون آنکوا نشان می‌دهد میزان اثربخشی اجرای متغیرهای مستقل یعنی آموزش مدیریت خشم و ذهن‌آگاهی، بر متغیر تنظیم هیجان ($F(1, 29) = 0.879, P > 0.01$) از نظر آماری معنادار نبوده است و در واقع اثربخشی هر دو روش در افزایش تنظیم هیجان همسان بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پرستاری یکی از پر ارزش‌ترین و چالش برانگیزترین مشاغل در مراقبت‌های بهداشتی است. در طول یک شیفت ۱۲ ساعته، پرستاران ممکن است به دلیل کمبود نیروی کار، حجم کاری سختی را به عهده بگیرند. تحمل سختی‌ها و پرخاش‌ها در محل کار؛ قرار گرفتن در معرض خطر عفونت؛ و با وجود تمام تجربیات

حرفه‌ای خود، از دست دادن بیماران و ... همگی از جمله مشکلات این شغل می‌باشند. پرستاران نقش مهمی در ارائه مراقبت و بهینه‌سازی منابع خدمات بهداشتی در سرتاسر جهان ایفا می‌کنند. آنها تنها در صورتی می‌توانند خدمات باکیفیت ارائه دهند که محیط کاری آنها شرایط کافی برای حمایت از آنها را فراهم کند. امروزه شرایط شغلی و کاری بسیاری از پرستاران در سراسر جهان متزلزل است و بیماری همه‌گیر کنونی باعث شده است تا آسیب‌پذیری پرستاران در برابر عوامل مخرب سلامت در سطح جهانی بیشتر دیده شود.

استرس شغلی می‌تواند سلامت جسمی و روانی پرستاران را به خطر بیندازد، انرژی و بازده کاری را کاهش دهد و مراقبت‌های پرستاری مناسب ارائه نشود که در نهایت بر نتایج بیمار تأثیر منفی می‌گذارد. بنابراین بررسی عوامل استرس‌زا و برنامه‌ریزی موثر برای رفع این عوامل ضروری است.

لذا تحقیق حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی و اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر خستگی روانی، استرس ادراک شده و تنظیم هیجان پرستاران بود.

همانگونه که نتایج نشان داد اولین یافته پژوهش حاضر تأیید شد که این موضوع با نتایج زاهدی‌راد و همکاران (۱۳۹۹) و نیز بادله شמושکی و همکاران (۱۳۹۹) و نیز مک‌وی^۱ و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت MBSR سبب می‌شود که عناصر نگرشها، توجه و قصد همزمان در فرد تقویت شود و تقویت این مؤلفه‌ها به وی امکان می‌دهد دیدگاهی را در تجربیات رشد دهد که از حالت قضاوتی، عینی و غیر مشروح افکار، احساسات و هیجانات به عنوان پدیده‌های گذرا بیرون آید به سمت تفکراتی غیرقضاوتی و پذیرا پیش رود و در نتیجه بتواند استرس خود را کاهش دهد (فدایی وطن و همکاران، ۱۳۹۸).

بدین ترتیب می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی از طریق افزایش توانایی لذت بردن از زندگی، سلامت روان را بهبود می‌بخشد. همچنین به طور خاص، با تقویت خودتنظیمی ممکن است به مدیریت علائم اضطراب، افسردگی و استرس کمک کند و منجر به تصمیم‌گیری‌های سالم‌تری شود. علاوه بر این، ذهن‌آگاهی می‌تواند آگاهی از بدن و هیجانات را بهبود بخشد. محتوای جلسات استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر استفاده از روش‌هایی تأکید دارد که برای کاهش استرس و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خود می‌باشد و پذیرش بدون قضاوت، مفهوم اصلی و پایه در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. به عبارتی، در آموزش ذهن‌آگاهی فرد می‌آموزد که موقعیت‌های استرس‌زا را شناسایی کرده و نسبت به آنها به صورت کامل آگاهی و شناخت پیدا کند و این موقعیت‌های استرس‌زا را هوشیارانه تحت کنترل خود قرار دهد.

بر اساس نتایج، فرضیه‌ی دوم پژوهش حاضر رد شد که این نتایج با یافته‌های باباپور و همکاران (۱۳۹۸) و زائری و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. از آنجایی که روش مداخله MBSR دارای تکنیک‌های آرام سازی ذهن و جسم می‌باشد، ضمن اجرای روش‌های آرام سازی همچون تنفس آگاهانه و تمرین‌های آگاهی از بدن به خوبی می‌تواند به کاهش سطح خستگی روانی در افراد کمک کند. همینطور می‌توان خاطر نشان ساخت که در ذهن‌آگاهی فرد می‌آموزد که ارتباطی متفاوت با خستگی بدن در هر موقعیتی امکان پذیر است. مداخلات ذهن‌آگاهی موجب فرآیندهایی می‌شود که بر خود مدیریت فرد بسیار موثر باشد و سبب بهبود کیفیت زندگی افراد شود. چرا که با بهتر شدن خلق فرد، رفتارهای خود مراقبتی هم بهتر می‌شود و دیگر اینکه ذهن‌آگاهی باعث می‌شود حتی در حالت تجربه هیجان‌ها و افکار مشکل‌زا فرد مطابق با ارزش‌هایش رفتار کند و در نتیجه چون در ذهن‌آگاهی تمرکز فرد بر احساسات بدنی‌اش می‌باشد، لذا باعث می‌شود بیمار بیشتر در تماس با بدنش و نیازها و علائم آن باشد که این خود منجر به خود مراقبتی بهتر می‌شود، و در نهایت خستگی روانی کمتری تجربه خواهد کرد (کوهولیک^۱ و همکاران، ۲۰۱۲).

بر اساس نتایج فرضیه‌ی سوم پژوهش نیز رد می‌شود لذا این نتیجه با یافته‌های یون و یو (۲۰۲۱) و نیز فراهانی و عبادی زارع (۲۰۱۸)؛ گروسکو و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد.

تیزدل، سگال، ویلیامز^۲ و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با تأکید بر تجربه کامل و بدون قضاوت زندگی، قادر است در پرورش رویکرد پایدارتر و غیرواکنشی به زندگی، حتی در شرایط استرس‌زا، کمک کند. تمرکز لحظه به لحظه آگاهی، غالباً پذیرش غیرقضاوتی تجربه فعلی را به جای نشخوار دادن به وقایع قبلی یا پیش‌بینی شده بهبود می‌دهد. این پذیرش غیرواکنشی وضعیت موجود می‌تواند در تسهیل ارزیابی مثبت‌تر از بیماری، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش استرس کمک کند. تمرین منظم مراقبه به افراد اجازه می‌دهد تا با آرامش بیشتری نسبت به محیط و هر آنچه در طول روز آنها بوجود می‌آید، واکنش نشان دهند.

می‌توان گفت ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخص نیستند. این دیدگاه می‌تواند به تقویت امید در فرد منجر شود و باعث شود به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، به نقش و عاملیت خود و اراده فردی را در حل مشکلات متوجه کرده و به آن اهمیت دهند، به مسیرهای مختلف برای رسیدن به هدف خود فکر کنند و به زندگی خود غنا و معنی بخشد. از طریق ذهن‌آگاهی افراد می‌توانند تشخیص دهند که تمرکز بر برخی از احساسات، مضر و غیرموثر است. افراد بعد از آموزش، با پذیرش لحظه‌اکنون و داشتن ذهن غیر قضاوتگر آنها بیش از پیش در جهت تنظیم هیجان قدم برمی‌دارند.

1- Coholic

2- Teasdale, Segal & Williams

آموزش کاهش استرس مبتنی ذهن‌آگاهی نقش مهمی در اصلاح جنبه‌های مهم تجربه هیجانی ایفا می‌کند، بدین معنا که باعث افزایش وضوح و تمیز هیجان‌ات، احساسات و افزایش توانایی در ادراک و تنظیم هیجان‌ات خواهد شد و توانایی پرستاران برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد. به طور کلی، ذهن‌آگاهی از طریق آرام‌سازی ذهن و بدن و تمرکز بر تنفس سعی دارد توجه فرد را از عوامل بیرون به درون خود معطوف سازد، پرستار از این طریق با احساسات و هیجان‌های خود در لحظات پرخاشگری و خشم آشنا شده و به علت توجه و تمرکز به درون، فرصت پیدا خواهد کرد تا با تمایلات و امیال واقعی خود مواجه شود و تحت تأثیر عوامل بیرونی قرار نگیرد (زاهدی‌راد و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین در تبیین اثربخشی مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی بر تنظیم هیجان می‌توان گفت که به نظر می‌رسد شرکت در جلسات آموزشی موجب شد تا افراد مشکل خود را بپذیرند و به طرز منطقی با مشکل خود مواجه شوند. تشکیل گروه فرصتی را فراهم کرد تا افراد بتوانند عواطف خود را به شیوه‌ای جدید بیان کنند و از طریق آن احساس اطمینان و اعتماد در روابط بین فردی را به دست بیاورند. این اعتماد و اطمینان از داشتن توانایی بیان عواطف باعث شد تا تنظیم هیجان افراد افزایش پیدا کند و بیان تجربیات و شکست به تک‌تک افراد احساس کنترل خویشتن و خودکارآمدی دهد (فدایی وطن و همکاران، ۱۳۹۸).

در استفاده از این فنون مدیریت خشم مبتنی بر بازسازی شناختی اعتقاد بر این است که افکار غیرمنطقی، رفتارهای غیرمنطقی را به وجود می‌آورند که می‌توان آنها را با تغییر دادن افکار زیربنایی اصلاح کرد. منظور از بازسازی شناختی این است که هر فردی به راحتی می‌تواند افکارش را تغییر دهد. بازسازی شناختی با این پیش فرض بنیادی شروع می‌شود که مشکلات در زندگی از شناخت‌ها، باورها و افکار غلطی ناشی می‌شود که افراد در موقعیت‌های مختلف رشد و گسترش می‌دهند. بنابراین، درمانگران شناختی به جای پرداختن به عوامل بیرونی، محیطی، ژنتیکی و وراثت و وقایع دوران کودکی، بر فکر و اصلاح شناخت و تفسیر فرد و منطقی و مستدل ساختن طرز تلقی او تمرکز می‌کنند. افرادی که تحت درمان روش بازسازی شناختی قرار می‌گیرند، با بازنگری باورها و تفکرات خود درباره نقش خودمراقبتی و روش‌های صحیح آن شناخت بهتر و واقعی‌تری به دست می‌آورند و به این وسیله خودمراقبتی در آنان افزایش می‌یابد. استفاده از روش بازسازی شناختی فرد را درباره بازنندیشی عادات و رفتارهای خود واقف می‌کند و او را در کنار گذاشتن تفکرات غیرمنطقی درباره خودمراقبتی کمک می‌کند.

این تحقیق نیز همچون هر تحقیقی با محدودیت‌هایی مواجه بود: این تحقیق صرفاً بر روی نمونه‌ای از پرستاران بیمارستان در شهر ارومیه انجام گرفته است و تعمیم نتایج بر روی سایر اقشار بایستی با احتیاط صورت پذیرد. این تحقیق فاقد مرحله پیگیری مداخله بود، لذا در تفسیر نتایج حاصله بایستی احتیاط نمود. از آنجایی که تحقیق در دوره پاندمیک صورت گرفت، بی‌تردید یافته‌ها تحت تأثیر این شرایط بود.

در پایان، با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود مشابه چنین تحقیقی بر روی سایر اقشار جامعه نظیر دانشجویان، معلمان و غیره انجام گیرد. همینطور، پیشنهاد می‌شود تحقیق در ابعاد گسترده‌تر و با لحاظ کردن نمونه آماری وسیع‌تری انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشتی-درمانی برای کادر درمانی و پرستاران و پرسنل دست‌اندرکار در امر مراقبت از بیماران کارگاه‌های آموزشی مدیریت خشم مبتنی بازسازی شناختی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) توسط روانشناسان مجرب برگزار شود تا به کاهش خشم و بهبود سطح استرس و نیز تنظیم هیجان این افراد کمک شود. همچنین توصیه می‌شود بروشورهای آموزشی در جهت آشنا کردن پرستاران و کادر درمانی با تکنیک‌های مدیریت خشم مبتنی بازسازی شناختی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) تهیه شود و در اختیار آنها قرار گیرد.

References

منابع

- باباپور، جلیل؛ زینالی، شیرین؛ عظیمی، فاطمه؛ چاووشی، سید هادی. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سرطان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی، *آموزش پرستاری*. ۸ (۴)، ۲۶-۳۲.
- بادله شמושکی، محمدتقی؛ صالحی یانسری، هاجر و صادقی، الهه. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش استرس شغلی پرستاران. *نشریه روان پرستاری*، ۸(۶)، ۶۱-۵۳.
- بخشی پور، عباس و دژکام، محمود. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۹(۴) پیاپی ۳۶، ۳۶۵-۳۵۱.
- زارعی، سلمان. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای نشانگان افسردگی و اضطراب در رابطه بین استرس ادراک شده و استفاده آسیب‌زا از تلفن همراه در بین دانشجویان پرستاری. *نشریه آموزش پرستاری*، ۹(۳)، ۲۰-۱۰.
- زاهدی راد، زهره؛ رضاخانی، سیمین‌دخت و وکیلی، پریش. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس پرستاران شاغل در بیمارستان‌های روانپزشکی. *نشریه پژوهش پرستاری*، ۱۵(۵)، ۸۵-۱۰۰.
- زائری، سمیه؛ نیسی، عبدالکاسم؛ و خواجه، نجمه. (۱۳۹۹). آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر توانمندسازی روانشناختی و ابعاد فرسودگی شغلی در کارکنان. *سلامت کار/ایران*، ۱۷(۴۸)، ۱-۱۲.
- فدایی وطن، زهرا؛ استکی، مهناز؛ قنبری پناه، افسانه؛ و کوچک انتظار، رویا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان با مشکلات یادگیری. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۵)، ۱۶۹-۱۹۲.

- Armstrong, J., & Tume, L. N. (2020). Mindfulness-based interventions to reduce stress and burnout in nurses: an integrative review, *British Journal of Mental Health Nursing*, <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/62218/>
- Asikhia, O. A. (2014). Effect of cognitive restructuring on the reduction of mathematics anxiety among senior secondary school students in Ogun State, Nigeria. *International Journal of Education and Research*, 2(2):1-20.
- Babakova L.V. (2017). *Daily hassles and life satisfaction in the context of coping behavior in aging. Ph. D. dissertation*. Saint-Petersburg State University, [In Russian].
- Babapour kheirodain, J., Esmaeilpour, K., & Saeedi dehgani, S. (2015). The role of perfectionism in predicting the feeling of cognitive, physical, and social fatigue. *Journal of psychology*, 74, 163-174. [In Persian].
- Badeleh Shamooshaki, M. T., Salehi yansari, H., & Sadeqi, E. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on nurses' job stress. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 8(6): 53-61, URL: <http://ijpn.ir/article-1-1666-fa.html> [In Persian].
- Bakhshipour, A., & Dezshkam, M. (2005). Confirmatory factor analysis of positive and negative affection scale. *Journal of psychology*, 9(4-36): 351-365 [In Persian].
- Bardwell, W.A., Ancoli-Israel, S. (2008). Breast Cancer and Fatigue. *Sleep Med Clin*, 3(1): 61-71. Doi: 10.1016/j.jsmc.2007.10.011 pmid: 18769530
- Blaxton, J. M., & Bergeman, C. S. (2017). A process-oriented perspective examining the relationships among daily coping, stress, and affect. *Personality and Individual Difference*, 104: 357-361. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.041>.
- Bowns, C. N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. New York: Guilford press.
- Coholic, D., Eys, M., & Lougheed, S. (2012). Investigating the effectiveness of an arts-based and mindfulness based group program for the improvement of resilience in children in need. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5): 833-844. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9544-2>
- Fadaye vatan, Z., Estaki, M., Ganbari panah, A., & Kuchak entezar, R. (2019). Comparing the effectiveness of MBCT and cognitive restructuring training on social and affective self-efficacy in the students with learning difficulties. *Journal of Exceptional people psychology*, 9(35): 169-192 [In Persian].
- Farahani, M., & Ebadie Zare, S. (2018). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Anger Management Training on Aggression and Job Satisfaction on Nurses Working in Psychiatric Hospital. *Zahedan J Res Med Sci*. In Press (In Press): e55348. doi: 10.5812/zjrms.55348.
- Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., & Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of coronavirus (COVID-19). *Cogn. Behav. Ther.* 13: e31. doi: 10.1017/S1754470X2000029X

- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2015). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. Guilford Publications.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1): 41-54.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In JJ. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 3-24.
- Hofer, M., Burkhard, L., & Allemand, M. (2015). Age differences in emotion regulation during a distressing film scene. *J. Media Psychol.* 27, 47–52. doi: 10.1027/1864-1105/a000134
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., & Yang, B.X. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3): e14. [DOI:10.1016/S2215-0366(20)30047-X].
- Khalili, R., Nir, M.S., Ebadi, A., Tavallai, A., & Habibi, M. (2017). Validity and reliability of the Cohen 10-item Perceived Stress Scale in patients with chronic headache: In Persian version. *Asian Journal of Psychiatry*, 26: 136-40. DOI:10.1016/j.ajp.2017.01.010.
- Kranke, D., Weiss, E.L., Gin, J., Der-Martirosian, C., Brown, J.L.C., & Saia, R. (2017). A culture of compassionate bad asses: A qualitative study of combat veterans engaging in peer-led disaster relief and utilizing cognitive restructuring to mitigate mental health stigma. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 13(1): 20–33.
- Lim, J., Leow, Z., Ong, J. C., Pang, L.-S., & Lim, E. (2020). The Effects of Online Group Mindfulness Training on Stress and Sleep Quality during the COVID-19 Pandemic in Singapore: A Retrospective Equivalence Trial (SSRN Scholarly Paper ID 3629960). *Social Science Research Network*. doi: 10.2139/ssrn.3629960.
- McVeigh, C., Ace, L., Ski, C.F., Carswell, C., Burton, S., Rej, S., & Noble, H. (2021). Mindfulness-Based Interventions for Undergraduate Nursing Students in a University Setting: A Narrative Review. *Healthcare*, 9, 1493. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111493>.
- Muecke, S. (2005). Effects of rotating night shifts: Literature review. *J Adv Nurs*, 50(4): 433-9.
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Bernardes, R.A., Sousa, J.P., & Catela, N. (2022). Burnout and Nursing Care: A Concept Paper. *Nurs. Rep.*12, 464-471. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030044>
- Petko, D. J., (2017). Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) in Reducing Stress in Nursing Students: An Integrative Review and Toolkit, Doctor of

- Nursing Practice (DNP) Projects. 126. Retrieved from https://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/126
- Rettie, H., & Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *Am. Psychol.* 76, 427–437. Doi: 10.1037/amp0000710
- Richard, Y., Tazi, N., Frydecka, D., Hamid, M. S., & A. A., Moustafa, (2022). A systematic review of neural, cognitive, and clinical studies of anger and aggression, Springer, <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03143-6>
- Riediger, M., & Luong, G. (2015). From adolescence to old age: developmental perspectives on the extended process model of emotion regulation. *Psychol. Inq.* 26, 99–107.
- Rielly, P. M., & Shopshire, M. S., (2019). Anger Management for Substance Use Disorder and Mental Health Clients a Cognitive–Behavioral Therapy Manual, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Röcke, C., Brose, A., & Kuppens, P. (2018). “Emotion dynamics in older age,” in Emotion Regulation: A Matter of Time, Part II: Development of Emotion Regulation as a Dynamic, Real-Time Process, eds P. M. Cole and T. Hollenstein (New York, NY: Routledge), 179–207.
- Santiago Calder, M., (2021). Emotional Resilience and Emotion Regulation: Examining Preference for Reappraisal or Distraction for Stressors of Differing Intensity, <https://www.researchgate.net/publication/356603588>.
- Scheibe, S., Sheoppe, G., and Staudinger, U. M. (2015). Distract or reappraise? Age-related differences in emotion-regulation choice. *Emotion* 15, 677–681. doi: 10.1037/a0039246
- Strizhitskaya, O., Petrash, M., Savenysheva S., Murtazina I., & Golovey L. (2019). PERCEIVED STRESS AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING THE ROLE OF THE EMOTIONAL STABILITY, *The Annual International Conference on Cognitive – Social, and Behavioural Sciences*, <https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2019.02.02.18>
- Teasdale, J.T., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4): 615-23.
- Yoder, E.A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res*, 23(4): 191-7. doi: 10.1016/j.apnr.2008.09.003.pmid: 21035028.
- Yun, K., & Yoo, Y-S. (2021). Effects of the Anger Management Program for Nurses. *Asian Nursing Research*, <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.07.004>.
- Zaeri, S., Neasi, A., & Khaje, N. (2020). The effectiveness of stress management training on psychological empowerment and job burnout. *ioh*, 17(1): 610-621, URL: <http://ioh.iuums.ac.ir/article-1-2565-fa.html>. [In Persian].

- Zahedirad, Z., Rezakhani, S., & Vakili, P. (2020). Comparison effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction method on Stress among Nurses in Psychiatric Hospital. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(5): 84-98, URL: <http://ijnr.ir/article-1-2403-fa.html>. [In Persian].
- Zarei, S. (2020). The Mediating Role of Depression and Anxiety Symptoms in the Relationship between Perceived Stress and Problematic Mobile Phone Use among Nursing Students. *Journal of Nursing Education*. 9(3):10-20. URL: <http://jne.ir/article-1-1144-fa.html>. [In Persian].
- Zhang, H., Zhang, A., Liu, C., Xiao, J., & Wang, K. (2021). A brief online mindfulness-based group intervention for psychological distress among Chinese residents during COVID-19: a pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*, doi: 10.1007/s12671-021-01618-4.
- Zheng, M., Yao, J., & Narayanan, J. (2020). Mindfulness buffers the impact of COVID-19 outbreak information on sleep duration. *PsyArXiv*, doi: 10.31234/osf.io/wuh94.
- Zu, Z. Y., Jiang, M. D., Xu, P. P., Chen, W., Ni, Q. Q., Lu, G. M., & Zhang, L. J. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A perspective from China. *Radiology*, 296(2), E15–E25. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200490>.

