



The Effect Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy In Anxiety Sensitivity, Deficits In Emotional Processing And Distress Tolerance Of Nurses With Symptoms of Generalized Anxiety Disorder

Seyed Mahdi Nikbagha¹, Neda Tabesh Mofrad², Mania Naseri Manesh³,
Saber Karami^{4*}

1- Master of Educational Psychology, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Master Student in Clinical Psychology, Ares International Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

3- Master of Clinical Psychology, Nasser Khosrow Institute of Higher Education, Saveh, Iran.

4- PhD Student in General Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

Corresponding Author: Saber karami, PhD student in General Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.
E-mail: saberkaramiac.razi@gmail.com

Received: 4 Dec 2022

Accepted: 4 April 2023

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder is one of the anxiety disorders that has caused many problems in the field of health for nurses. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety sensitivity, deficits in emotional processing, and distress tolerance of nurses with symptoms of generalized anxiety disorder.

Methods: The research was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population in this study included all nurses living in Karaj City in 2022. 30 nurses suffering from generalized anxiety disorder were selected as a sample by convenience sampling and randomly replaced in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. During eight 90-minute sessions, the experimental group was subjected to mindfulness-based cognitive therapy 2 days a week, but the intervention was performed on the control group. Both groups (control and experimental) responded to the emotional processing scale-revised (EPS-R), anxiety sensitivity index (ASI), and distress tolerance scale (DTS) before and after the intervention. To analyze the data, multivariate analysis of covariance was used using SPSS software version 23.

Results: There was a significant difference between the average post-test scores of the intervention group and the control group, so mindfulness-based cognitive therapy significantly led to a decrease in anxiety sensitivity and deficits in emotional processing and an increase in distress tolerance in the intervention group ($P > 0.01$).

Conclusions: According to the obtained results, mindfulness-based cognitive therapy, on the one hand, by implementing techniques that are related to the component of mindfulness, reduces anxiety sensitivity in nurses, and on the other hand, by changing patterns of Cognitive and identification of cognitive errors leads to an increase in the ability to control thoughts and emotions and to improve the way of dealing with negative emotions, which in turn improves the emotional processing and distress tolerance of nurses with generalized anxiety disorder. Therefore, it is recommended as an effective intervention to reduce the cognitive and emotional problems of nurses with generalized anxiety disorder.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Anxiety sensitivity, Emotional processing, Distress tolerance, Generalized anxiety disorder.



تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران با علائم اختلال اضطراب فراگیر

سیدمهدی نیک بقا^۱، ندا تابش مفرد^۲، مانیا ناصری منش^۳، صابر کرمی^۴

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بین المللی ارس، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
- ۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو، ساوه، ایران.
- ۴- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

نویسنده مسئول: صابر کرمی، دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
ایمیل: saberkaramiac.razi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۳

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر، یکی از اختلالات اضطرابی است که مشکلات زیادی در حوزه سلامت برای پرستاران به همراه داشته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران با علائم اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی (پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل) بوده است. جامعه آماری در این مطالعه شامل تمامی پرستاران ساکن شهرستان کرج در سال ۱۴۰۱ بودند. ۳۰ نفر از پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به صورت نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، ۲ روز در هفته تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت اما برای گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. هر دو گروه (کنترل و آزمایش) قبل و بعد از مداخله به نسخه تجدیدنظر شده مقیاس پردازش هیجانی (EPS-R)، شاخص حساسیت اضطرابی (ASI) و مقیاس تحمل آشفتگی (DTS) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته ها: بین میانگین نمره های پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت، بدین ترتیب که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری منجر به کاهش حساسیت اضطرابی و نقص در پردازش هیجانی و افزایش تحمل پریشانی در گروه مداخله شد ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از یک سو با اجرای تکنیک هایی که مربوط به مولفه ذهن آگاهی هستند، باعث کاهش حساسیت اضطرابی در پرستاران می گردد و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی و شناسایی خطاهای شناختی به افزایش توانایی کنترل افکار و هیجانات و بهبود نحوه برخورد با هیجانات منفی می انجامد که این به نوبه خود باعث بهبود پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می گردد. لذا به عنوان یک مداخله موثر جهت کاهش مشکلات شناختی و هیجانی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر توصیه می شود.

کلیدواژه ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، حساسیت اضطرابی، پردازش هیجانی، تحمل پریشانی، اختلال اضطراب فراگیر.

مقدمه

اضطراب (anxiety) به عنوان هیجانی بهنجار بخش جدایی ناپذیر زندگی انسان است به طوری که همه افراد در حد متوسط آن را تجربه می کنند، اما زمانی که سطح آن از اعتدال خارج می شود خاصیت سازش یافتگی خود را از دست داده و به اضطراب مرضی تبدیل می شود (۱). شواهد پژوهشی نشان داده است که ۶۰ درصد زنان و ۴۰ درصد مردان بین سنین ۱۶ تا ۶۵ سال دارای اضطراب بوده اند (۲). پرستاران (nurses) نیز از جمله افرادی هستند که به طور روزمره با پدیده اضطراب مواجهه می شوند (۳). پرستاران به علت دارا بودن شغل پرتنش، اضطراب و نگرانی بیشتری را تجربه می کنند (۴). 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 مواجهه هستند (۵). یکی از شایع ترین انواع اختلالات اضطرابی (anxiety disorders)، اختلال اضطراب فراگیر (generalized anxiety disorder) است. ویژگی اصلی این اختلال، اضطراب مزمن همراه با نگرانی شدید و غیرقابل کنترل در مورد چندین رویداد یا فعالیت است که فرد در آنها نشانه های جسمانی-روانی همچون تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی قراری را تجربه می کند. این اضطراب در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام دارد. افراد مبتلا به این اختلال آنقدر درگیر نگرانی های احتمالی مربوط به آینده هستند که به سختی می توانند در زمان حال زندگی کنند تا جایی که اغلب مواقع در آینده به سر می برند و قادر نیستند اتفاقات مثبت و خوشایندی را که در حال رخ دادن است تجربه کرده و از آن لذت ببرند (۶). حساسیت اضطرابی (anxiety sensitivity) از جمله مولفه های موثر بر اختلال اضطراب فراگیر پرستاران است. حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب پذیری است که بر اضطراب تأثیر می گذارد (۷). حساسیت اضطرابی سازه تفاوت های فردی است که در آن فرد از نشانه های جسمانی که با انگیزختگی اضطراب (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه) مرتبط است، می ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می شود که این نشانه ها به پیامدهای بالقوه آسیب زای اجتماعی، شناختی و جسمی منجر می شود (۸). حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب پذیری شناختی است که به طور آینده نگر مشکلات اضطرابی را در میان بزرگسالان پیش بین می

کند (۹). در حالی که حساسیت اضطرابی در ابتدا به عنوان مسائل مرتبط با هراس مفهوم پردازی می شد (۱۰). شواهد پژوهشی جدید نشان می دهد که ممکن است به عنوان یک عامل فراتشخیصی (Metadiagnosis) مفهوم پردازی شود (۱۱). به عبارت دیگر، گرایش به ترس از پیامدهای اضطراب ممکن است بر تشخیص های مرتبط با اضطراب تأثیر بگذارد و خطر ابتلا به انواع مختلف اختلالات اضطرابی را افزایش دهد (۱۲). حساسیت اضطرابی از سه مولفه ترس از احساسات بدنی، ترس از عدم کنترل شناختی و علائم اضطرابی که توسط دیگران قابل مشاهده است تشکیل شده است. در نتیجه، ترس از عدم کنترل شناختی معمولاً با اختلال اضطراب فراگیر همراه است (۱۳). شواهد پژوهشی نقش حساسیت اضطرابی در تجربه ی اضطراب شدید و اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر برجسته کرده است (۱۴، ۱۵). کاناپ (Knapp) و همکاران (۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که بین حساسیت اضطرابی با نگرانی و تجربه ی علایم اضطراب فراگیر، رابطه ی معنی داری وجود دارد.

نقص در پردازش هیجانی (deficits in emotional processing) نیز مانند حساسیت اضطرابی یک عامل کلیدی در آسیب پذیری و ایجاد اختلال اضطراب فراگیر پرستاران است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد عادی در تجربه ی هیجان بیشتر دچار مشکل می شوند و هیجان ها در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به راحتی و با سرعت اتفاق می افتد (۱۷). از دیگر سو، هیجانات مخدوش علاوه بر ایجاد سوگیری توجه، موجب نقص در پردازش هیجانی نیز می شود (۱۸). شواهد پژوهشی نشان می دهد، افرادی که هنگام پردازش هیجانی سبک های ناکارآمدی را برمی گزینند، در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیرتر هستند (۱۹-۲۰)؛ بنابراین یکی از متغیرهایی که می تواند در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با نقص مواجهه باشد، پردازش هیجانی (emotional processing) است. پردازش هیجانی فرایندی است که به وسیله آن آشفتگی هیجانی جذب می شود و به اندازه ای کاهش می یابد که تجارب و رفتارهای دیگر بدون آشفتگی می تواند صورت گیرد (۲۱). راجمن و هاجسون (Rachman and Hodgson) معتقدند اضطراب بیمارگونه، اغلب پردازش هیجانی ناقص را به دنبال دارد (۲۲). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می دهد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از سبکهای

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت و آمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان لزوماً نمایان‌گر واقعیت نیستند. در این رویکرد، فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوارفکری خود و به تبع بی‌نظمی هیجانی (Emotional dysregulation) نیفتند (۳۰). شماری از پژوهش‌ها نیز اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند (۳۱،۳۲).

بنابراین با توجه به شیوع بیشتر اختلال اضطراب فراگیر و همچنین افزایش پیامدهای روان‌شناختی همچون حساسیت اضطرابی و نقص در پردازش هیجانی در پرستاران، ضروری است که به سلامت روانی پرستاران توجه شود و به علاوه ضرورت ارزیابی و کاوش مولفه‌های روان‌شناختی مانند حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و نقص در پردازش هیجانی که در شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر پرستاران موثر است، اهمیت دارد. لذا به سبب اینکه سلامتی پرستاران به دلیل ماهیت کاری، همیشه در معرض خطر قرار دارد، بررسی این مولفه‌ها در جامعه حاضر ضروری است و با نظر داشتن اینکه اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی بوده و در صورت عدم درمان به صورت مزمن در خواهد آمد، اقدام درمانی مناسب ضروری به نظر می‌رسد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران با علائم اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه‌ی گردآوری داده‌ها از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) است. جامعه آماری در این مطالعه شامل تمامی پرستاران ساکن شهرستان کرج در سال ۱۴۰۱ بودند. با توجه به اینکه در طرح‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند (۳۳)، در این پژوهش پس از اجرای مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و انجام مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته، از بین افراد واجد شرایط (نمره بالای ۱۰ در مقیاس اختلال اضطراب

پردازش هیجانی ناکارآمد استفاده می‌کنند (۱۸). از سویی دیگر، تحمل پریشانی (distress tolerance) یکی دیگر از فرآیندهایی است که ابتدا به عنوان یکی از عوامل آسیب‌پذیر در اختلال‌های وابسته به مواد مطرح شد و امروزه مورد بسط قرار گرفته است و شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیف گسترده از اختلال‌ها از جمله اختلال وسواسی-اجباری (Obsessive-compulsive disorder) (۲۳)، مصرف مواد مخدر (۲۴)، اختلال افسردگی اساسی (Major depressive disorder) (۲۵)، اختلال استرس پس از سانحه (Post-traumatic stress disorder) (۲۶) و اختلال اضطراب فراگیر (۲۷) ارتباطی تنگاتنگ دارد. این متغیر به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود که اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف منفی تجربه شده را شامل می‌شود. این رفتار، پاسخ عاطفی سودمندی است که به عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، در کوششی نادرست برای مقابله با هیجان‌های منفی خود دچار بی‌نظمی رفتاری، هیجانی و شناختی می‌شوند. زوولونسکی (Zvolensky) و همکاران (۲۸) ویژگی‌هایی از جمله (۱) بیان تجربه پریشانی به گونه‌ی تحمل‌ناپذیر، (۲) ارزیابی پریشانی به صورت غیرقابل‌پذیرش، (۳) اشتغال به برخی کوشش‌های رفتاری در جهت کاهش هیجانی منفی و (۴) ناتوانی در فاصله گرفتن از احساس پریشانی در راستای تمرکز توجه را برای افراد با تحمل پریشانی پایین برشمردند. از جمله رویکردهای روان‌شناختی که در زمینه مولفه‌های شناختی و هیجانی موضع‌گیری نموده، درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی (Treatments based on mindfulness) است. مدل‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی معتقدند که شکل خاصی از کیفیت آگاهی منجر به رنج بیمار می‌گردد و متقابلاً تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند وی را از بیماری برهاند (۲۹). یکی از انواع این مدل‌ها، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) است که مفهوم ذهن آگاهی را با اصول نظریه‌های شناختی-رفتاری درهم می‌آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را در بر می‌گیرد که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند. مثلاً اظهاراتی چون «افکار واقعیت نیستند»، «من افکارم نیستم». افراد در طی

به افراد گروه آزمایش و کنترل برای پاسخ به پرسشنامه ها در مراحل پس آزمون بود. پس از پایان جلسات مداخله، با توجه به ملاکهای خروجی پژوهش در نهایت ۳۰ نفر در هر دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) باقی ماندند. هر دو گروه (کنترل و آزمایش) قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه های نسخه تجدیدنظر شده مقیاس پردازش هیجانی، مقیاس تحمل آشفتگی و مقیاس حساسیت اضطرابی پاسخ دادند. در این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله ارائه ی توضیحات درباره اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، آزادی آزمودنی ها جهت شرکت در پژوهش و کسب رضایت آگاهانه آنها رعایت گردید. داده های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. محتوای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۴) در جدول ۱ آمده است.

فراگیر و تشخیص اختلال اضطراب فراگیر براساس مصاحبه بالینی) تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، ۲ روز در هفته تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طبق پروتکل راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیزدل (Segal, Williams, Teasdale) قرار گرفتند (۳۴)؛ ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. ملاکهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم شرکت در سایر مداخلات روان شناختی تا پایان پژوهش و تداوم شرکت در جلسات مداخله بود. همچنین، ملاک های خروجی پژوهش عدم حضور در یک جلسه از مداخله، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات و عدم حضور و دسترسی

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه ها	محتوای جلسه ها
نخست	توجه به هدایت خودکار و آموزش حضور ذهن، واری بدن
دوم	رویارویی با موانع، تمرین بر روی حسهای ناراحت، سرگردانی ذهنی و عادات تکرار شونده ذهن، تمرین در دنیای واقعی.
سوم	حضور ذهن از تنفس، مراقبه نشستن به عنوان تمرین، رویارویی با افکار از طریق کنترل درآوردن آنها، بازشناسی الگوهای افکار خودکار، عمومیت بخشی به تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای.
چهارم	ماندن در زمان حال، تماس راحت، کشف تجربه، دلبستگی و بیزاری، محدود کردن و گسترش توجه، توجه به شناخته های معیوب، درگیر شدن و جایگزینی آنها.
پنجم	اجازه/مجزو، ایجاد رابطه ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، استفاده از فضای تنفس - دستورالعمل های گسترده، ادامه ی شیوه های شناختی.
ششم	افکار حقایق نیستند، رویارویی با افکار در شناخت درمانی و رویکرد حضور ذهن، دیدن «نوار در ذهن» برای آگاهی از آنچه در ذهن می گذرد، آماده شدن برای آینده، ادامه ی شیوه های شناختی.
هفتم	چطور می توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، توجه به ارتباط بین فعالیت و خلق، شناسایی نشانه های خود، برنامه فعالیت برای رویارویی با خطر، پیشگیری از عود
هشتم	بازنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، برنامه فعالیت برای پیشگیری از عود مجدد.

مقیاس توسط سیمونز و گاهر (Simons and Gaher) در سال ۲۰۰۵ با ۱۵ گویه ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل آشفتگی هیجانی با سوالات ۱، ۳ و ۵؛ جذب شدن توسط هیجان منفی با سوالات ۲، ۴ و ۱۵؛ ارزیابی ذهنی آشفتگی با سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ تنظیم تلاش ها در راستای کاهش آشفتگی با سوالات ۸، ۱۳ و ۱۴ را اندازه گیری می کند. گویه ها با استفاده از مقیاس پنج درجه بندی لیکرت (۱= کاملاً مخالف تا ۵= کاملاً موافق) نمره گذاری می شود. و نمره ابزار با مجموع نمره گویه ها محاسبه، لذا دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ و نمره

مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-5: مصاحبه مذکور یک ابزار جامع و استاندارد برای ارزیابی اختلالات روان پزشکی براساس ملاک های تشخیصی DSM-5 طراحی شده و برای مقاصد بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرد، این مصاحبه پرکاربردترین مصاحبه تشخیصی در بین سایر ابزارهای تشخیصی استاندارد است. این نسخه از مصاحبه SCID همانند نسخه های قبلی از اعتبار و روایی بالایی در تشخیص PTSD برخوردار است (ضریب کاپا ۰/۶۹) (۳۵).
مقیاس تحمل آشفتگی (Distress Tolerance Scale): این

مقیاس لیکرت پنج درجه ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ داده می شود (۴۰). باکر و همکاران ضریب همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس های سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقرتجربه هیجانی، هیجانات غیرپردازش شده، اجتناب هیجانی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۷۴ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۴۰). در ایران براساس پژوهش بهرامی، ویژگیهای روان سنجی در نسخه تجدیدنظر شده ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۹ به دست آمد (۴۲).

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): هدف از این مقیاس کوتاه که توسط اسپیتزر (Spitzer) و همکاران (۴۳) ساخته شد تشخیص موارد اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه های بالینی آن بود. مقیاس حاضر دارای ۷ سوال بوده که هر کدام از سوالات در یک طیف لیکرت سه نمره ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری شده و جمع هفت نمره و گستره نمره مقیاس نیز از ۰ تا ۲۱ می باشد که در این میان نمره ۱۰ به بالا نقطه برش این ابزار شناخته می شود (۴۴). روایی به دست آمده این مقیاس در مطالعات خارجی ۰/۹۲ و پایایی آن نیز به روش بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۳). در ایران نیز نایببیان و همکاران (۴۵) طی پژوهشی پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آوردند که مطلوب می باشد.

یافته ها

مقایسه آماره های جمعیت شناختی نشان داد که میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t = -1/600$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P = 0/121$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر سن می باشد. در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) لیسانس و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) فوق لیسانس بود. در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) لیسانس و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) فوق لیسانس بود که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $0/556$ Chi-Square می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P = 0/456$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد. در جدول ۲ یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است.

بالاتر نشان دهنده تحمل آشفتگی بیشتر است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کردند (۳۶). در ایران یوسفی نژاد و همکاران (۱۳۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه کردند (۳۷).

شاخص حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index): یک مقیاس خودسنجی است که ۱۶ گویه دارد و توسط ریس (Reiss) و همکاران در سال ۱۹۸۶، ساخته شده است و دارای سه مولفه نگرانی جسمی، نگرانی روان شناختی و نگرانی اجتماعی است (۳۸). این پرسشنامه، براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرتی (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) محاسبه می گردد. نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. کسب نمره بالا و نزدیک به ۶۴ به منزله آن خواهد بود که فرد حساسیت اضطراب بالا دارد و اخذ نمره پایین به معنای آن است که فرد حساسیت اضطراب پایین دارد (۳۸). ریس و همکاران (۳۸) در بررسی ویژگیهای روانسنجی این مقیاس بر روی جامعه دانشجویی، پایایی به روش همسانی درونی با نمونه فوق با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شد. بعلاوه، ثبات به روش بازآزمایی با نمونه فوق بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ محاسبه شده است. در مطالعه مشهدی و همکاران (۳۹) که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بر روی ۳۱۷ دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی (۲۲۰ مرد و ۹۷ زن) انجام شد، پایایی مقیاس حساسیت اضطرابی با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

نسخه تجدیدنظر شده مقیاس پردازش هیجانی (Emotional Processing Scale-Revised): نسخه تجدیدنظر شده مقیاس پردازش هیجانی توسط باکر (Baker) و همکاران در سال ۲۰۱۰ برای اندازه گیری سبکهای پردازش هیجانی تدوین شد (۴۰). نسخه تجدیدنظر شده این مقیاس، برگرفته از مقیاس پردازش هیجانی (۴۱)، شامل ساختاری پنج عاملی با ۲۵ ماده است که برای اندازه گیری سبک های پردازش هیجانی استفاده می شود؛ همچنین پنج مولفه سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات غیرپردازش شده و اجتناب هیجانی را می سنجد. سوالات ۱ تا ۵ مربوط به سرکوبی هیجانی، سوالات ۶ تا ۱۰ مربوط به هیجانات تنظیم نشده، سوالات ۱۱ تا ۱۵ مربوط به فقر تجربه هیجانی، سوالات ۱۶ تا ۲۰ مربوط به هیجانات غیرپردازش شده و سوالات ۲۱ تا ۲۵ مربوط به اجتناب هیجانی است. مقیاس پردازش هیجانی به صورت

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیرهای وابسته
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
۱۱/۱۳	۱۱/۲۰	۱۰/۲۷	۱۲/۰۰	میانگین
-۰/۹۱۵	۱/۰۱۴	۱/۳۸۷	۱/۱۹۵	انحراف معیار
۸/۰۰	۸/۲۰	۶/۴۷	۸/۶۰	میانگین
۱/۳۶۳	۱/۲۶۵	۱/۲۴۶	۱/۱۸۳	انحراف معیار
۹/۰۰	۹/۲۷	۶/۳۳	۸/۹۳	میانگین
۱/۰۶۹	۰/۷۰۴	۱/۱۷۵	۰/۸۸۴	انحراف معیار
۱۴/۰۷	۱۴/۲۷	۱۰/۹۳	۱۴/۳۳	میانگین
۱/۴۳۸	۰/۹۶۱	۰/۷۹۹	۰/۷۲۴	انحراف معیار
۱۶/۲۷	۱۶/۸۰	۱۲/۰۰	۱۶/۶۰	میانگین
۱/۷۵۱	۱/۰۸۲	۱/۱۳۴	۱/۴۵۴	انحراف معیار
۱۲/۷۳	۱۲/۷۳	۱۲/۲۷	۱۲/۳۳	میانگین
-۰/۷۹۹	۰/۷۹۹	۱/۰۳۳	۰/۷۲۴	انحراف معیار
۱۳/۴۰	۱۳/۶۰	۱۱/۷۳	۱۴/۱۳	میانگین
۱/۵۰۲	۱/۱۸۳	۱/۳۸۷	۱/۳۰۲	انحراف معیار
۱۲/۴۷	۱۲/۵۳	۱۰/۷۳	۱۲/۸۰	میانگین
۱/۱۲۵	۰/۹۹۰	۰/۷۰۴	۰/۹۴۱	انحراف معیار
۶/۵۳	۶/۲۰	۹/۴۰	۶/۱۳	میانگین
۱/۷۲۷	۱/۲۰۷	۰/۸۲۸	۱/۰۶۰	انحراف معیار
۵/۱۳	۵/۰۷	۶/۹۳	۴/۷۳	میانگین
-۰/۷۴۳	۰/۷۰۴	۱/۳۸۷	۰/۸۸۴	انحراف معیار
۱۴/۶۷	۱۴/۴۰	۱۶/۵۳	۱۴/۵۳	میانگین
۱/۴۴۷	۰/۸۲۸	۱/۶۴۲	۰/۸۳۴	انحراف معیار
۶/۶۷	۵/۷۳	۹/۸۷	۶/۲۷	میانگین
۱/۳۸۷	۰/۸۸۴	۰/۸۳۴	۰/۸۸۴	انحراف معیار

شده ($Z=۰.۹۴۳$, $P=۰.۱۰۸$)، اجتناب هیجانی ($Z=۰.۸۹۹$)، $P=۰.۰۶۸$ ، تحمل آشفتگی ($Z=۰.۹۳۴$, $P=۰.۰۶۳$)، جذب شدن توسط هیجانات منفی ($Z=۰.۹۰۷$, $P=۰.۰۵۲$)، ارزیابی ذهنی آشفتگی ($Z=۰.۹۰۹$, $P=۰.۰۵۴$) و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش آشفتگی ($Z=۰.۸۶۷$, $P=۰.۰۶۱$) نرمال بودند. پیش فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>۰.۰۵$) مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس می‌باشد ($F=۱۷۵/۵۵۸$, $P=۰/۱۳۵$). از آنجایی که پیش

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون Shapiro-wilk استفاده شد که براساس نتایج داده‌ها برای نگرانی بدنی ($Z=۰.۹۳۰$)، $P=۰.۰۵۸$ ، نگرانی شناختی ($Z=۰.۹۳۱$, $Sig=۰.۰۵۴$)، نگرانی اجتماعی ($Z=۰.۹۱۹$, $P=۰.۰۵۵$)، سرکوبی هیجانی ($Z=۰.۸۹۶$)، $P=۰.۰۶۰۷$ ، هیجانات تنظیم نشده ($Z=۰.۹۰۴$, $P=۰.۰۷۱$)، فقر تجربه هیجانی ($Z=۰.۹۱۶$, $P=۰.۰۸۱$)، هیجانات غیرپردازش

سیدمهدی نیک بقا و همکاران

فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل

جدول ۳: نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۶۷۸	۳۲/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۳	۳۲/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۷۷/۱۶۷	۳۲/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۷۷/۱۶۷	۳۲/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸	۰/۹۹۹

است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۶۷/۸ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P=0/001$) و $F=32/153$ معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
نگرانی بدنی	۸/۳۳۰	۱	۳۵/۹۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲	۰/۹۹۹
نگرانی شناختی	۱۶/۹۰۰	۱	۲۳/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰	۰/۹۹۹
نگرانی اجتماعی	۳۳/۳۷۷	۱	۲۵/۴۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۹۹۹
سرکوبی هیجانی	۵۰/۰۶۲	۱	۴۳/۴۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲	۰/۹۹۹
هیجانان تنظیم نشده	۱۰۲/۷۷۴	۱	۵۸/۵۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	۰/۹۹۹
فقر تجربه هیجانی	۲/۵۸۴	۱	۸/۰۲۴	۰/۰۱۲	۰/۳۳۴	۰/۹۹۹
هیجانان غیرپردازش شده	۲۲/۰۶۴	۱	۲۱/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	۰/۹۹۹
اجتناب هیجانی	۱۵/۳۲۸	۱	۳۶/۵۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴	۰/۹۹۹
تحمل آشفتگی هیجانی	۵۰/۳۹۸	۱	۲۹/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	۰/۹۹۹
جذب شدن توسط هیجانان منفی	۳۱/۳۱۲	۱	۵۷/۵۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۵	۰/۹۹۹
ارزیابی ذهنی آشفتگی	۳۴/۹۸۲	۱	۲۶/۲۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۹۹۹
تنظیم تلاش ها در راستای کاهش آشفتگی	۳۸/۷۳۷	۱	۳۰/۵۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳	۰/۹۹۹

مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج یافته های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش حساسیت اضطرابی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معناداری دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش های رکتور (Rector) و همکاران (۴۶)، طاهری (۴۷)،

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر شناخت درمانی

شود. علاوه بر این، تمرین های ذهن آگاهی به پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک می کند تا از افکار خودآیند، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این روی می تواند نقش مهمی در بهبود نقص در پردازش هیجانی ایفا کند. از سویی دیگر، ذهن آگاهی اجازه پذیرش و تصدیق دردناکترین هیجان ها را به فرد می دهد، بدون اینکه اسیر آن ها شود. بر این اساس ذهن آگاهی در پاسخ های هیجانی سالم تر نقش دارد (۵۴) در حالی که ذهن آگاهی پایین باعث کاهش درک افراد از هیجانات و پذیرش کمتر احساسات منفی می شود (۵۵). افراد با ذهن آگاهی پایین درباره توانایی شان در تنظیم هیجانات منفی انتظار پایینی دارند؛ درحالی که افراد با ذهن آگاهی بالا در مواجهه با دامنه وسیعی از افکار، هیجانات و تجربه های خوشایند و ناخوشایند توانا تر هستند و خودنظم دهی بیشتری دارند (۵۴). بنابراین می توان انتظار داشت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود پردازش هیجانی در پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در افزایش تحمل پریشانی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است این یافته با پژوهش های قاسم بروجردی و همکاران (۵۶)، هاپس (Hopps) (۵۷)، بروئر (Brewer) و همکاران (۵۸) و روستائی و همکاران (۵۹) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت یکی از مکانیسم هایی که می تواند بر افزایش تحمل پریشانی موثر باشد، بهبود مهارت های تنظیم هیجان در پرستاران است؛ زیرا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کمک می کند تا پرستاران با هیجان های منفی خود مواجه شوند و بدین طریق تحمل پریشانی را در این افراد افزایش می دهد. در مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، با به کارگیری تکنیک های مراقبه ای مانند ذهن آگاهی به تنفس و افزایش آگاهی از تجربه های زمان حال، به افراد کمک می کند تا در زمان بحران، توانایی کنار آمدن با موقعیت را پیدا کنند و فرد در بلندمدت و کوتاه مدت پذیرای رنج و آشفتگی جسمی و هیجانی خود باشد. همچنین، در طول جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افراد یاد می گیرند به جای آنکه گرفتار واکنش ذهن در قالب اجتناب از آشفتگی شوند، تجربه های حسی مستقیم خود را بپذیرند و با حس کردن مستقیم بدن، میزان دریافت پیام های بدن

حاتمیان و همکاران (۴۸)، علی مهدی و همکاران (۴۹) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. در تبیین تاثیرات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش حساسیت اضطرابی باید به مکانیسم عمل این درمان بر اجتناب های مراجع و نحوه برخورد وی با ترس ها و اضطراب هایش اشاره کرد. در مورد افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، اجتناب از تجربه ترس و اضطراب یک عامل اصلی در تداوم اختلال است (۵۰). افراد با حساسیت اضطرابی بالا، باورهای جزمی در مورد ضرورت اجتناب از ترس و اضطراب دارند و به راحتی این باورها را رها نمی کنند. آنها تنها راه نجات از نشانه های آسیب شناسی روانی رنج آورشان را چسبیدن به این باورهای جزمی ناکارآمد می دانند و در کنار گذاشتن آنها مقاومت شدیدی نشان می دهند. استفاده از تکنیک های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث می شود مراجعین راحت تر اجتناب های ناکارآمدشان را کنار بگذارند و با استفاده از مولفه پذیرش، این اجتناب درونی را بپذیرند. کنار گذاشتن اجتناب از تجربه ترس و اضطراب و پذیرش آن ها باعث می شود حساسیت فرد نسبت به این تجارب کاهش یابد و متعاقباً فرد حساسیت اضطرابی کمتری را تجربه کند. در واقع فرد به سمتی پیش می رود که اضطرابش را بپذیرد، نه اینکه از آن بگریزد (۱). نتایج یافته های پژوهش همچنین نشان داد که که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نقص در پردازش هیجانی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معناداری دارد. این یافته با پژوهش های کینگستون (Kingston) و همکاران (۵۱)، کیویت استین (Kieviet-Stijnen) و همکاران (۵۲)، اسدی و همکاران (۵۳) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت از آنجایی که ذهن آگاهی احساس بدون قضاوت و تعادلی است که به پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی به همان صورتی که اتفاق می افتند کمک می کند، بنابراین آموزش آن به پرستارانی که مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند و دارای پردازش هیجانی بیشتری هستند، کمک می کند تا احساسات و نشانه های روان شناختی خود را بپذیرفته و توجه و حساسیت بیش از حد را نسبت به نشانه های آن کم کنند. از سوی دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، پاسخ های هیجانی بیماران را با اصلاح فرآیندهای شناختی - عاطفی تغییر می دهد و باعث بهبود تنظیم هیجان، ترس و اجتناب از هیجان ها می

آگاهی از یک سو با اجرای تکنیک هایی که مربوط به مولفه ذهن آگاهی هستند، باعث کاهش حساسیت اضطرابی در پرستاران می گردد و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی و شناسایی خطاهای شناختی به افزایش توانایی کنترل افکار و هیجانات و بهبود نحوه برخورد با هیجانات منفی می انجامد که این به نوبه خود باعث بهبود پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می گردد. این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش ها با محدودیت هایی روبه رو بود؛ از جمله عدم انتخاب تصادفی نمونه ها، نبود دوره پیگیری و استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع آوری داده ها اشاره نمود. پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی دوره پیگیری لحاظ گردد و با لحاظ نمودن این متغیرها و این نوع درمان، اثربخشی آن بر روی سایر اختلالات نیز بررسی شود. به کلینیک های مشاوره و روان درمانی پیشنهاد می شود که از درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر استفاده نمایند.

سیاسگزارى

از تمامی پرستارانی که در این پژوهش همکاری داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Abend R, de Voogd L, Salemink E, Wiers RW, Pérez-Edgar K, Fitzgerald A, White LK, Salum GA, He J, Silverman WK, Pettit JW. Association between attention bias to threat and anxiety symptoms in children and adolescents. *Depression and anxiety*. 2018 Mar;35(3):229-38. <https://doi.org/10.1002/da.22706>
2. Kam JW, Handy TC. Differential recruitment of executive resources during mind wandering. *Consciousness and Cognition*. 2014 May 1;26:51-63. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.03.002>
3. 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*

را افزایش و میزان آشفته گی ذهنی را کاهش دهند. همچنین، افراد با یادگیری مهارت پذیرش احساسات جسمی ناخوشایند می توانند این مهارت خود را بسط و گسترش دهند و با استفاده از این مهارت، توانایی پذیرش هیجان های منفی و آشفته گی خود را پیدا کنند و از این طریق تحمل پریشانی خود را افزایش دهند. از سویی دیگر در تبیین این یافته می توان گفت آموزش مهارت ذهن آگاهی برای تشخیص این نکته است که هر اتفاقی در زمان حال روی می دهد و این باعث می شود بیماران در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده هستند، دریافت کنند. این مطلب گویای این مهم است که فرد با آموزش روش های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی یک سازه فراهیجانی به نام تحمل پریشانی را در خود افزایش می دهد. بدین ترتیب که نسبت به آن جلب توجه می کند، آن را ارزیابی می کند و وقتی نمی تواند شرایط را تغییر دهد آن را پذیرفته و تحمل می کند و هیجانات به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه را تنظیم می کند و دچار اهم گسیختگی عملکرد نمی شود (۵۸).

نتیجه گیری

در مجموع می توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش حساسیت اضطرابی و نقص در پردازش هیجانی و افزایش تحمل پریشانی پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش معناداری دارد. با توجه به نتایج به دست آمده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن

education today. 2013 Oct 1;33(10):1166-72.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.014>

4. Park YM, Kim SY. Impacts of job stress and cognitive failure on patient safety incidents among hospital nurses. *Safety and health at work*. 2013 Dec 1;4(4):210-5. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2013.10.003>
5. Aguocha H. Gender and hospital units as indices of nurses' anxiety. Unpublished BSc. 2011.
6. Shaban N, Dehghani M, Razaati E, Ghorbani S, Amani O. The Efficacy of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Emotional Selfawareness and Meta-Cognitive Beliefs in Adolescents with Generalized Anxiety Disorder.
7. McCaul ME, Hutton HE, Stephens MA, Xu X, Wand GS. Anxiety, anxiety sensitivity, and perceived stress as predictors of recent drinking,

- alcohol craving, and social stress response in heavy drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2017 Apr;41(4):836-45. <https://doi.org/10.1111/acer.13350>
8. Carleton RN, Abrams MP, Asmundson GJ, Antony MM, McCabe RE. Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009 Aug 1;23(6):791-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.03.003>
 9. Schmidt NB, Zvolensky MJ, Maner JK. Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of psychiatric research*. 2006 Dec 1;40(8):691-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.009>
 10. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*. 2002 Nov 15;52(10):938-46. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01475-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01475-0)
 11. Boswell JF, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Murray HW, Fortune MR, Barlow DH. Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior therapy*. 2013 Sep 1;44(3):417-31. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.006>
 12. Dixon LJ, Sy JT, Kemp JJ, Deacon BJ. Does anxiety sensitivity cause panic symptoms? An experimental investigation. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2013 May;4(2):208-23. <https://doi.org/10.5127/jep.027512>
 13. Olatunji BO, Sawchuk CN, Arrindell WA, Lohr JM. Disgust sensitivity as a mediator of the sex differences in contamination fears. *Personality and Individual Differences*. 2005 Feb 1;38(3):713-22. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.025>
 14. Schmidt NB, Keough ME, Mitchell MA, Reynolds EK, MacPherson L, Zvolensky MJ, Lejuez CW. Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 2010 Jun 1;24(5):503-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.007>
 15. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB, Elwood L, Connolly K, Gonzales B, Armstrong T. Anxiety sensitivity and health anxiety in a nonclinical sample: Specificity and prospective relations with clinical stress. *Cognitive Therapy and Research*. 2009 Aug;33(4):416-24. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9188-8>
 16. Knapp AA, Blumenthal H, Mischel ER, Badour CL, Leen-Feldner EW. Anxiety sensitivity and its factors in relation to generalized anxiety disorder among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2016 Feb;44(2):233-44. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9991-0>
 17. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2005 Oct 1;43(10):1281-310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
 18. Mehrinejad A, Farahbijari A, Norouzi Nargesi M. Comparison of attention bias and emotional processing styles in female students with generalized anxiety disorder, with body dysmorphic disorder and inpatient. *Clinical Psychology Studies*. 2016;6(24):99-114. [Persian].
 19. Raparia E, Coplan JD, Abdallah CG, Hof PR, Mao X, Mathew SJ, Shungu DC. Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*. 2016 Jan 15;190:414-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.019>
 20. Yu GM, Li B. How subjective well-being affects emotional processing: the role of event-related potentials. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2012 Sep 1;40(8):1285-92. <https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.8.1285>
 21. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007 Feb 1;62(2):167-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005>
 22. Rachman S, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1980.
 23. Cogle JR, Timpano KR, Fitch KE, Hawkins KA. Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depression and anxiety*. 2011 Oct 3;28(10):906-14. <https://doi.org/10.1002/da.20846>
 24. Kaiser AJ, Milich R, Lynam DR, Charnigo RJ. Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive behaviors*. 2012 Oct 1;37(10):1075-83. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.017>
 25. Ellis AJ, Vanderlind WM, Beevers CG. Enhanced anger reactivity and reduced distress toler-

- ance in major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2013 Jun;37(3):498-509. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9494-z>
26. Anestis MD, Tull MT, Bagge CL, Gratz KL. The moderating role of distress tolerance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom clusters and suicidal behavior among trauma exposed substance users in residential treatment. *Archives of suicide research*. 2012 Jul 1;16(3):198-211. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.695269>
 27. Laposa JM, Collimore KC, Hawley LL, Rector NA. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*. 2015 Jun 1;33:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.003>
 28. Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA, editors. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press; 2011 Mar 14.
 29. Akbari M, Mohamadkhani S, Zarghami F. The Mediating Role of Cognitive Fusion in Explaining the Relationship between Emotional Dysregulation with Anxiety and Depression: A Transdiagnostic Factor. *IJPCP*. 2016; 22 (1):17-29.
 30. Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications; 2018 Jun 4.
 31. Ghahari S, Mohammadi-Hasel K, Malakouti SK, Roshanpajouh M. Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2020 Jun;30(2):52-6. <https://doi.org/10.12809/eaap1885>
 32. Wong SY, Yip BH, Mak WW, Mercer S, Cheung EY, Ling CY, Lui WW, Tang WK, Lo HH, Wu JC, Lee TM. Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2016 Jul;209(1):68-75. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.166124>
 33. Borg W, Gall J. *Quantitative and qualitative research methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Beheshti University. 2015:455-6.
 34. Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications; 2018 Jun 4.
 35. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, Kupfer DJ. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American journal of psychiatry*. 2013 Jan;170(1):59-70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>
 36. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005 Jun;29(2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
 37. Farajzadeh Z, KeramatiNia F, Saadatjoo SA, Khazaie K. The effect of cognitive-behavioral teaching on depression of nurses in the teaching hospitals of Birjand. *Journal of Nursing Education*. 2019;7(6):39-46. [Persian].
 38. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*. 1986;24(1):1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
 39. Mashhadi A, Gasempoor A, Akbari E, ElBeigi R, Hasanzadeh S. [The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in prediction of students' social anxiety disorder]. *Knowledge Research Applied Psychology*. 2013;14(2):89-99.
 40. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*. 2010 Jan 1;68(1):83-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.007>
 41. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007 Feb 1;62(2):167-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005>
 42. Bahrami F. Afzayesh maharat-haye atefi danesh amoozan az tarigh amoozesh pardazesh hayajani [Increase students' emotional skills through training emotional processing]. In: 3rd Iran Neuropsychology Symposium [Internet]. Karaj, Iran: Kharazmi University; 2007. [Persian].
 43. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006 May 22;166(10):1092-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

44. Naeinian M, Babapour J, Shaeiri M, Rostami R. The Effect of Neurofeedback Training on the Decrement of Generalized Anxiety Disorder (GAD) Symptoms and Patients' Quality of Life. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2009; 4 (15):175-202.
45. Naeinian M, SHAIRI M, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). 2011.
46. Rector NA, Szacun-Shimizu K, Leybman M. Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*. 2007 Aug 1;45(8):1967-75. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.017>
47. Taheri E. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on anxiety sensitivity and emotion regulation. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2018 Jan 21;7(2):105-22.
48. Hatamian P, Heydarian S, Farsani MA. Effectiveness mindfulness based cognitive therapy training on emotion regulation and anxiety sensitivity in elderly with precedent heart disease. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2020 Mar 10;6(3):59-65. <https://doi.org/10.18502/ejh.v6i2.5011>
49. Alimehdi M, Ehteshamzadeh P, Naderi F, Eftekharsaadi Z, Pasha R. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity among individuals with generalized anxiety disorder. *Asian Social Science*. 2016;12(4):179-87. <https://doi.org/10.5539/ass.v12n4p179>
50. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press; 2004 Jan 28.
51. 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. *Journal of psychosomatic research*. 2007 Mar 1;62(3):297-300. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.007>
52. 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 education and counseling*. 2008 Sep 1;72(3):436-42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.015>
53. Asadi S, Abolghasemi A, Basharpour S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive failure and emotional processing in anxious nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2016 Oct;29(102):55-65. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.102.55>
54. Nigol SH, Di Benedetto M. The relationship between mindfulness facets, depression, pain severity and pain interference. *Psychology, Health & Medicine*. 2020 Jan 2; 25(1):53-63. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1619786>
55. Shallcross AJ, Spruill TM. The protective role of mindfulness in the relationship between perceived discrimination and depression. *Mindfulness*. 2018 Aug; 9(4):1100-9. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0845-4>
56. Ghassem boroujerdi F, Safa M, Karamlou S, Masjedi MR. Effectiveness of mindfulness based on cognitive therapy, on distress tolerance and dysfunctional attitudes in patients with chronic obstructive pulmonary diseases. *Journal of Research in Psychological Health*. 2014;8(4):6-7. (Persian).
57. Hoppes K. The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrums*. 2006;11(11):829-851. <https://doi.org/10.1017/S1092852900014991>
58. Brewer JA, Sinha R, Chen JA, Michalsen RN, Babuscio TA, Nich C, et al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse. *Substance Abuse*. 2009;30(4):306-317. <https://doi.org/10.1080/08897070903250241>
59. Roustaei A, Koushki M, Yazdi RS, Bakhshi PB, Shokoh FO. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on distress tolerance, body image, and mindfulness in women seeking cosmetic surgery. 2021;23 (2): 72-84. (Persian).