

December-January 2021, Volume 16, Issue 5

The Effectiveness of Trans diagnostic based Emotion Efficiency Therapy on Emotional Distress, Nursing Stress, and Health Anxiety of Anxious Nurses; Simultaneous Follow-Up with COVID-19 Pandemic

Ebrahimi M¹, Shahabizadeh F^{2*}, Esmaeili A³, Ahi GH⁴

1- Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3- Associate Professor, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, and Associate professor of psychiatry, Birjand University of Medical Science, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Corresponding Author: Shahabizadeh F, Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email: f_shahabizadeh@yahoo.com

Received: 31 Jan 2021

Accepted: 29 Aug 2021

Abstract

Introduction: Considering the important role of nurses' emotional vulnerability, especially in stressful situations, in the quality of medical services, the present study was conducted to investigate the effectiveness of Trans-diagnostic based emotion efficiency therapy on emotional distress, nursing stress, and health anxiety of nurses with anxiety symptoms.

Methods: The method of this study was quasi-experimental with the control group and a two-month follow-up with Covid 19 disease that among the nurses who working in Chamran and Hazrat Rasoul hospitals in Ferdows in 2019, 50 nurses with moderate anxiety high (obtaining a score higher than 16 on the Beck Anxiety Scale) were selected by purposive sampling and randomly assigned to experimental (n = 25) and control (n = 25) groups. Therapeutic sessions Trans-diagnostic based emotion efficiency therapy were presented in 8 sessions of 90 minutes over two months and the Beck anxiety inventory, emotional distress scale (Depression, Anxiety and Stress), health anxiety and nursing stress scale were used to collect data. Data were analyzed using SPSS 25 statistical software, Chi-square test, and analysis of variance with repeated measures at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that the mean scores of emotional distresses, nursing stress, and health anxiety in the experimental group decreased significantly in the post-test phase and this decrease in the follow-up phase, which coincided with the outbreak of Covid 19, in contrast to the control group, which increased relatively over time, has remained the same (p> 0.01).

Conclusions: Trans-diagnostic based emotion efficiency therapy as an effective intervention can be used in health centers, especially in critical periods of disease outbreak, to reduce anxiety and stress in nurses especially nurses vulnerable to anxiety.

Keywords: Emotion efficiency, Emotional distress, Health anxiety, Nursing stress, COVID-19.

اثربخشی مداخله فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر پریشانی هیجانی، استرس پرستاری و اضطراب سلامت پرستاران مضطرب؛ دوره پیگیری همزمان با پاندمی کووید-۱۹

معصومه ابراهیمی^۱، فاطمه شهبابی زاده^{۲*}، علی اکبر اسماعیلی^۳، قاسم آهی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳- دانشیار واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران و دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران.

۴- استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه شهبابی زاده، دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
ایمیل: f_shahabizadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۱

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت نقش آسیب پذیری هیجانی پرستاران بویژه در شرایط استرس زا در کیفیت ارائه خدمات درمانی، تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر پریشانی هیجانی، استرس و اضطراب سلامت پرستاران دارای نشانه های اضطرابی انجام شد.

روش کار: روش این مطالعه نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه همزمان با بیماری کووید ۱۹ بود که از بین پرستاران شاغل در بیمارستانهای چمران و حضرت رسول (ع) شهر فردوس در سال ۱۳۹۸، ۵۰ پرستار دارای اضطراب متوسط به بالا (اخذ نمره بالاتر از ۱۶ در مقیاس اضطراب بک) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) قرار گرفتند. جلسات درمانی مبتنی بر مداخله فراتشخیصی کارآمدی هیجان در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای طی دو ماه ارائه شد و جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های اضطراب بک، مقیاس پریشانی هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس)، اضطراب سلامتی و استرس پرستاری استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 25 و آزمون های آماری خی دو و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات پریشانی هیجانی، استرس پرستاری و اضطراب سلامتی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کاهش معناداری داشته است و این کاهش در مرحله پیگیری که همزمان با شیوع کووید ۱۹ بوده است، بر خلاف گروه کنترل که در طول زمان افزایش داشته است، نسبتاً ثابت مانده است ($p > 0/01$).

نتیجه گیری: مداخله فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی به عنوان یک مداخله موثر، می تواند در مراکز درمانی و بهداشتی بویژه در دوره های بحرانی شیوع یک بیماری، در جهت کاهش اضطراب و استرس پرستاران بویژه پرستاران آسیب پذیر به اضطراب بکار برده شود.

کلیدواژه ها: کارآمدی هیجان، پریشانی هیجانی، اضطراب سلامت، استرس پرستاری، کووید-۱۹.

مقدمه

دادند، همچنین شیوع اضطراب در پرستاران برابر ۴۱/۲ درصد (۳) یا ۴۱/۷ درصد (۴) گزارش شده است. مطالعات متعددی شیوع اضطراب در پرستاران را ۳۹/۸ (۵)، ۶۳/۴ (۶) و ۵۰/۸ درصد (۷) گزارش کرده اند که قابل توجه است. اضطراب سلامتی از جمله عواملی است که در ادراک استرس

پرستاری نقش مهمی را در هر سازمان بهداشتی ایفا می کند (۱) و ماهیت آن به گونه ای است که با بسیاری از عوامل استرس زا در ارتباط است (۲). مطالعات شیوع افسردگی، اضطراب و استرس را در حد متوسطی گزارش

فقد مولفه‌های اساسی برای تسریع یادگیری روشهای جدید ارتباط با هیجانها و پاسخ به هیجان‌های دشوار باشند (۱۹). لذا در این راستا با توجه آنچه مطرح شد یکی از سازه‌های موثر، کارآمدی هیجان است. کارآمدی هیجان به توانایی فرد برای تجربه کردن و پاسخگویی موثر به تمام هیجانها، متناسب با بافت و همسو با ارزشها اطلاق می‌شود (۲۰).

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی یک درمان فراتشخیصی است که مولفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری را یکپارچه می‌سازد (۲۰) و عوامل فراتشخیصی اجتناب تجربه ای و تحمل پریشانی برای افزایش کارآمدی هیجانی هدف قرار می‌گیرد (۲۱). در سالهای اخیر به عامل فراتشخیصی تحمل پریشانی (۲۲) و اجتناب تجربه ای؛ به عنوان تلاشی انعطاف ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی، سرکوب یا مهار آنها (۲۳) که حائز اهمیت است و می‌تواند نقش مهمی را در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از مشکلات مربوط به سلامت روانی ایفا کند توجه زیادی شده است (۲۴). نتایج در مطالعات متعددی نشان داده است که پرستاران بیشتر از گروه‌های دیگر از اجتناب تجربه ای (۲۶، ۲۷) استفاده می‌کنند و از طرفی نتایج مطالعات دیگر حاکی از آن است که اجتناب تجربه ای با اضطراب، استرس و فرسودگی رابطه دارد (۲۴، ۲۵). لذا با توجه به نقش فراتشخیصی فرایندهای شناختی چون اجتناب و عدم تحمل پریشانی در ایجاد و تداوم نشانگان‌های چون اضطراب و افسردگی و از طرفی اهمیت سلامت روان پرستاران، پژوهش حاضر بدنبال بررسی اثر بخشی مداخله‌ی کارآمدی هیجان با هدف قرار دادن فرایندهای فراتشخیصی است و به این سوال پاسخ می‌دهد که آیا اگر چه مداخله فراتشخیصی به طور مستقیم هیجانها را هدف قرار نمی‌دهد اما می‌تواند پیامد آن کاهش هیجان‌های چون استرس پرستاری و اضطراب سلامت باشد؟ در مطالعات متعددی اثربخشی درمانهای تنظیم هیجان و فراتشخیصی در اختلالات خلقی و اضطرابی تایید شده است (۲۸-۳۲). البته این مطالعات با محدودیت‌هایی مواجه بودند از جمله؛ الف) این مداخلات متمرکز بر کارآمدی هیجان و مولفه‌های فراتشخیصی اجتناب تجربه‌ای و تحمل پریشانی نبوده است، ب) در اکثر پژوهش‌های مذکور، حرفه پرستاری که با سطح بالای استرس همراه است، مورد بررسی قرار نگرفته است، ج) و علاوه

و اضطراب پرستاران نقش دارد (۸) و پیوستاریست که در یک سوی آن نگرانی‌های خفیف مرتبط با احساسات بدنی و در سوی دیگر آن ترس‌های شدید مرتبط با سلامت بدنی قرار می‌گیرد (۹) و تاثیر طولانی بر عملکرد فرد و سلامت جسمی و روانشناختی دارد (۱۰). در مجموع مطالعات نشان داده است پریشانی هیجانی (اضطراب، افسردگی و استرس) در پرستاران بیشتر از گروه‌های دیگر (۲)، بویژه در زنان پرستار نسبت به مردان (۱۱) گزارش شده است، اگر چه قابل ذکر این نتایج و گزارشات در دوره بحرانی شیوع یک بیماری انجام نشده است. مطابق پژوهش‌های مختلف، اختلال‌های افسردگی و اضطراب بیشترین همبودی را نشان می‌دهند، به طوری که ۷۵ درصد از افراد افسرده، نشانه‌های اضطراب را نیز تجربه می‌کنند (۱۲). لذا اهمیت مهارت‌های مدیریت استرس در شدت پریشانی روانی، افسردگی، اضطراب، فرسودگی و مشکلات سلامتی (۱۳) بویژه در شرایط مواجهه با شیوع یک بیماری چون کووید ۱۹، قابل توجه است، چرا که سطح بالای استرس شغلی و فرسودگی در میان پرستاران (۱، ۵، ۱۴)، بدلیل وضعیت اشتغال ناامن، بار کاری سنگین، پاسخ عاطفی به بیماران مبتلا به رنج و مرگ، درگیری و خشونت در محل کار (۱۴)، می‌تواند منجر به مشکلات سلامتی، رفتاری و عوارض روانی از جمله مشکلات خواب (۱۵) و اضطراب و افسردگی (۲) شوند. البته قابل ذکر است مطالعات محدودی در مورد رفتار مراقبین بهداشت و درمان بویژه در پرستاران که ارتباط نزدیک تری با بیمار دارند، در زمینه نشانگان روانشناختی در دوره‌های بحرانی از جمله شیوع یک بیماری انجام شده است، به هر حال مشکلات روانپزشکی در پرستاران و خطرات واقعی اضطراب درمان نشده در بین پرستاران هنوز مشخص نیست (۱۶). بنابراین بدلیل ذیل، پرداختن به یک مداخله روان درمانی موثر در پرستاران با نشانه‌های اضطرابی بالا ضروریست؛ الف) با توجه به سطح بالای پریشانی هیجانی چون استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران (۱۷)، تنظیم هیجان، میتواند نقش قابل توجهی در بروز، نگهداشت و استمرار افسردگی و اضطراب داشته باشد (۱۸)، ب) از طرفی علیرغم شیوع مشکلات مربوط به تنظیم هیجان، اغلب درمانهای موجود تنها بر درمان علائم متمرکز می‌کنند و از شناسایی و هدف قرار دادن برانگیزنده‌های زیربنایی مشکلات ناتوان هستند، ج) علاوه بر آن ممکن است درمانها نحوه به کارگیری مهارت‌ها را به درمان جویان آموزش دهند، اما

پرسشنامه ها، غیبت بیش از دو جلسه، وجود عارضه های جسمانی مانند شکستگی های اندامی، بیماریهای مزمن تاثیرگذار بر رفتار مانند توبرکلوزیس، بیماری بالینی تاثیر گذار بر خلق (تیروئید، دیابت، سرطان و...)، بیماری خلقی و اضطراب شدید که اندیکاسیون مصرف دارو برای کنترل بیماری داشته باشند بر اساس خوداظهاری بیمار.

در مرحله بعد فرم اضطراب بک در اختیار ۱۴۰ نفر پرستار منطبق با ملاک های شمول، قرار گرفت. از ۱۴۰ پرستاری که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند و فرم اضطراب بک را تکمیل نمودند، ۴۸ نفر (۳۴/۳٪) اضطراب نداشتند، ۳۶ نفر (۲۵/۷٪) اضطراب خفیف، ۴۲ نفر (۳۰٪) اضطراب متوسط و ۱۰ نفر (۷/۱٪) اضطراب شدید داشتند و ۴ نفر (۲/۸٪) پرسشنامه را به صورت ناقص تکمیل کرده بودند. در نهایت پرستاران دارای اضطراب متوسط و شدید (۵۰ نفر) (اخذ نمره بالاتر از ۱۶ بر اساس مقیاس اضطراب بک) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و بر اساس بخش محل خدمت و شیفت کاری به طور تصادفی (نمونه گیری بر اساس قرعه کشی بدین صورت که با کارت هایی از مخاطبان خواسته شد به صورت اتفاقی آنها را انتخاب و در نهایت گروه ها تعیین گردیدند) در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است طبق جدول استیونس (۳۳) جهت بررسی و مقایسه دو گروه و با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد و اندازه اثر متوسط و احتمال خطای ۰/۰۵، و با احتمال ریزش ۴٪ برای هر گروه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد و تقسیم افراد در دو گروه و همچنین گمارش کاربندی در گروه ها نیز به صورت تصادفی صورت گرفت. برای پرستاران گروه آزمایش جلسات درمانی مبتنی بر کارآمدی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هفته ای یک جلسه) طی دو ماه در اواخر آذر ماه و دی و اوایل اسفند همزمان با شیوع کووید ۱۹، در سالن اجتماعات بیمارستانهای مذکور و در ساعت ۱۰:۳۰-۱۱:۳۰ صبح با رعایت پروتکل های بهداشتی و استفاده از وسایل سمعی بصری ارائه شد و پرستاران گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. بلافاصله بعد از اتمام جلسات آموزشی و دو ماه بعد از آن در ماه های اواخر اسفند و فروردین و اوایل اردیبهشت در زمان شیوع کووید ۱۹، مجدد پرسشنامه ها تکمیل شد.

پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory (BAI، یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که توسط بک و همکاران (۳۴) تدوین شد و هر ماده در یک مقیاس چهار درجه ای

بر آن، با توجه به تفاوت های فردی، پرستاران مضطرب، از آسیب پذیری بالاتری برخوردار هستند که این مساله نیز در پژوهش های مذکور مورد توجه قرار نگرفته است و افزون بر آن این مساله در دوره بحران شیوع یک بیماری که با پیامدهای روانشناختی سخت تری برای پرستاران همراه است، اهمیت بیشتری به خود اختصاص می دهد. نکته آخر اینکه درمان مورد نظر در این مطالعه درحالی می خواهد کاربرد خود را نشان دهد که طول درمان نسبت به سه نوع درمان ادغام شده کوتاه تر شده و در عین حال تلفیقی از درمانهای موثر اکت و دیالکتیکی میباشد. مطالعه حاضر اثربخشی پروتکل یکپارچه مبتنی بر ماهیت سازگاران و کارکردی هیجانی و افزایش آگاهی بیمار از نقش شناختها و هیجان ها را مورد بررسی قرار می دهد که در نوبه خود کاری جدید بخصوص بر روی پرستاران میباشد و میزان ارزشمندی این نوع درمان بر اساس هر بعد هیجانی تعیین می گردد. درمان حاضر رویکرد سادهای را ارائه می کند که به افرادی که با منابع کم در حال مبارزه با هیجانات شدید (پرستاران) هستند کمک کند. لذا پژوهش حاضر بدنبال بررسی اثربخشی مداخله فراتشخیصی کارآمدی هیجانی بر پریشانی هیجانی (افسردگی، اضطراب، استرس)، استرس پرستاری و اضطراب سلامت پرستاران با آسیب پذیری بالا به اضطراب در شرایط شیوع بیماری کرونا است.

روش کار

این پژوهش در زمره تحقیقات کمی است که هدفش ارزیابی اثربخشی مداخله درمانی میباشد. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری تحقیق حاضر، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستانهای چمران و حضرت رسول (ع) شهر فردوس در آذر ماه سال ۱۳۹۸ است که در مرحله اول پس از هماهنگی با مسئولین بیمارستان و توضیح اهداف مطالعه، از بین پرستاران بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۱۴۰ نفر انتخاب شدند. ملاکهای شمول به این شرح است: سن ۲۵ - ۴۵ سال، سابقه کار پرستاری ۲-۵ سال، سطح تحصیلات حداقل لیسانس، شاغل در بخشهای بالینی (پرستاران با شیفت در گردش)، رضایت ورود به مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ مصرف داروهای روانپزشکی، تجربه عوامل استرسزا (فوت بستگان درجه یک، تصادفی، طلاق و ...) در ۶ ماه اخیر، سابقه دریافت مداخله مشابه، عدم پاسخ کامل به

(نمره صفر) تا همیشه (نمره ۳) صورت میگیرد. حداقل نمره در این مقیاس صفر و حداکثر ۵۴ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده شدت علائم و بیماری است. نمره کمتر از ۱۸ نشان دهنده اضطراب خفیف، ۱۸-۳۶ رنج از اضطراب و نمره ۳۷ به بالا نشان دهنده اختلال اضطراب سلامت است (۳۸). روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و تایید شده است و پایایی با استفاده از روش همسانی درونی، دو نیمه سازی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۶ و ۰/۶۳ گزارش شده است (۳۳).

استرس پرستاری (Nursing Stress Scale (NSS), نخستین ابزاری است که به منظور اندازه گیری استرس پرستاری به جای استرس شغلی کلی ساخته شده است و دارای ۳۴ عبارت و ۷ مولفه شامل رنج و مرگ بیمار، تعارض با پزشکان، عدم آمادگی کافی، کمبود منابع حمایت، تعارض با دیگر پرستاران، فشار کاری، عدم اطمینان از درمان میباشد. نمره گذاری بر اساس طیف ۴ درجه ای لیکرت از هرگز (نمره صفر) تا خیلی زیاد (نمره ۳) صورت می گیرد و حداکثر ۱۰۲ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده استرس بالاتر است (۳۹). پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در کل ۰/۸۵ و برای مولفه های آن بین ۰/۷۵ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (۴۰).
مداخله فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی: جلسات مداخله ای مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی تالیف میتو مک کی و آپریلیا وست (۲۰) بود که محتوای جلسات به شرح جدول زیر می باشد:

از صفر تا سه نمره گذاری می شود. نمره کل در دامنه ای از صفر تا ۶۳ قرار دارد، در صورتی که نمره به دست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد، فرد مورد بررسی هیچ اضطرابی ندارد، ۸-۱۵ نشان دهنده اضطراب خفیف، ۱۶-۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶-۶۳ نشان دهنده اضطراب شدید می باشد. جهت بررسی پایایی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته ای ۰/۷۵ گزارش شد (۳۴). در ایران روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی بررسی و تایید شد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در کل ۰/۹۲ به دست آمد (۳۵).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21 توسط Lovibond در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد و نمره کلی نشان دهنده پیشانی هیجانی است. هر سوال بر اساس طیف چهار درجه ای لیکرت از اصلا در مورد من صدق نمی کند=۰ تا کاملا در مورد من صدق می کند=۳ نمره گذاری می شود. روایی سازه این پرسشنامه بررسی و تایید شده است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۶).

اضطراب سلامتی (Short Health Anxiety Inventory SHA) توسط Salkovskis, Rimes, Warwick (۳۷) طراحی شده است و دارای ۱۸ عبارت است که برای سنجش علائم اضطراب سلامت و خود بیمار انگاری طراحی شده است. نمره گذاری بر اساس طیف ۴ درجه ای لیکرت از هرگز

ساختار جلسات فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی

جلسه اول: آگاهی از هیجان (شناخت و درک تجربه هیجانی)
جلسه دوم: پذیرش ذهن آگاهانه (موج سواری بر روی هیجان، مشاهده و پذیرش هیجانها به جای واکنش نشان دادن به آنها)
جلسه سوم و چهارم: عمل کردن مبتنی بر ارزشها (پاسخ به اعمال دردناک با اقداماتی که منعکس کننده ارزشها هستند، به جای عمل کردن بر اساس هیجانها)
جلسه پنجم: مقابله ذهن آگاهانه (تن آرامی و خود آرام سازی)
جلسه ششم: مقابله ذهن آگاهانه (افکار مقابله ای و پذیرش بنیادین)
جلسه هفتم: مقابله ذهن آگاهانه (توجه برگردانی و وقت استراحت)
جلسه هشتم: تثبیت، رفع اشکال و جمع بندی

بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) و دو ماه بعد از آن (مرحله پیگیری) مجددا پرسشنامه های مورد مطالعه توسط پرستاران هر دو گروه تکمیل شد.

اصول اخلاقی هدیه بسته آموزشی پس از دوره پیگیری در اختیار همه پرستاران قرار گرفت. در پژوهش حاضر کد کارآزمایی بالینی IRCT20191014045096N1 و کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بیرجند با شماره مشخصه IR.BUMS.REC.1398.224 اخذ شد.

یافته ها

پرستاران دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سن بررسی شدند و نتایج (جدول ۱) نشان داد بین دو گروه از لحاظ توزیع جنسیت و تاهل از طریق آزمون مجذور کای تفاوت معنی داری بدست نیامد ($P > 0.05$) و افزون بر آن تفاوت سنی دو گروه نیز از طریق آزمون t دو گروه مستقل تفاوت معناداری نشان نداد ($P > 0.05$). در مجموع در این نمونه، در هر دو گروه، اکثر پرستاران متاهل، زن و با تحصیلات کارشناسی بودند، جزئیات نتایج در (جدول ۱)، گزارش شد.

داده های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی (داده های دموگرافیک؛ سن، جنس و تحصیلات و تاهل) و استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) انجام شد، افزون بر آن جهت بررسی همگنی گروه ها از آزمون مجذور کای، تست فیشر و t دو گروه مستقل بهره گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS25 از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بهره گرفته شد، لازم به ذکر است قبل از هر تحلیل، مفروضه های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر شامل آماره ام باکس، فرض کرویت و آزمون لوبین بررسی و گزارش شد.

ملاحظات اخلاقی: در این مداخله نکات اخلاقی از جمله شرکت پرستاران با اختیار خود و اطلاع رسانی محرمانه بودن اطلاعات انجام شد و رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای پرستاران رسید. لازم به ذکر است اگرچه برای گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت، جهت رعایت

جدول ۱: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در پرستاران دو گروه آزمایش و کنترل

P-value	کنترل	آزمایش تعداد (درصد)	متغیر تعداد (درصد)
.۰۴۸ *	۴ (۱۶)	۶ (۲۴)	مرد
	۲۱ (۸۴)	۱۹ (۷۶)	زن
.۰۳۵ *	۴ (۱۶)	۱ (۴)	مجرد
	۲۱ (۸۴)	۲۴ (۹۶)	متاهل
.۰۶۱ *	۲۲ (۸۸)	۲۴ (۹۶)	کارشناسی
	۳ (۱۲)	۱ (۴)	کارشناسی ارشد
.۰/۳۰ **	۳۰/۶۴±۳/۹۹	۲۹/۵۲±۳/۵۵	Mean±SD سن

°: خی دو °°: t مستقل

شاخص های توصیفی پریشانی، استرس پرستاری و اضطراب سلامتی به تفکیک دوره زمانی و نوع گروه مداخله

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر پریشانی هیجانی، استرس پرستاری و اضطراب سلامتی در سه مرحله زمانی

گروه	پریشانی هیجانی		اضطراب سلامتی		استرس پرستاری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۳۴/۲۸	۵/۶۳	۲۸/۸۸	۳/۸۸	۴۸/۲۸	۱۳/۷۹
	۳۵/۹۶	۳/۵۵	۲۹/۷۲	۳/۲۸	۵۲	۱۱/۴۲
پس آزمون	۳۱/۸۰	۴/۲۶	۲۶/۵۲	۳/۵۵	۳۷/۱۲	۱۰/۰۸
	۳۷/۲۰	۲/۸۸	۳۱/۲۰	۲/۷۸	۵۴	۹/۶۸
پیگیری	۳۲/۱۶	۴	۲۷/۱۲	۳/۰۲	۳۸/۶۴	۸/۶۱
	۳۶/۶۴	۲/۷۵	۳۱/۸۰	۲/۵۶	۵۵/۴۴	۸/۹۵

دار و اثر تعاملی زمان و گروه ($F=17/56, P<0/001$)، با اندازه اثر $0/43$ معنی دار است. علاوه بر آن نتایج F چند متغیره اثر پیلائی در خصوص استرس پرستاری نشان داد، اثر زمان ($F=18/63, P<0/001$)، با اندازه اثر $0/44$ و اثر تعاملی زمان و گروه ($F=21/29, P<0/001$)، با اندازه اثر $0/48$ معنی دار است. همچنین نتایج F چند متغیره اثر پیلائی در خصوص اضطراب سلامتی نشان داد، اثر زمان ($F=8/37, P=0/001$)، با اندازه اثر $0/27$ و اثر تعاملی زمان و گروه ($F=28/49, P<0/001$)، با اندازه اثر $0/54$ معنی دار است. در واقع می توان گفت شاخص های مذکور در طول زمان در هر گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است. در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر تک متغیره پریشانی هیجانی، جهت بررسی مفروضه کرویت، نتایج آزمون موچلی ($X^2_{(3)}=38/96, P<0/001$)، برابر $0/44$ بدست آمد و در خصوص استرس پرستاری، نتایج آزمون موچلی ($X^2_{(3)}=72/4, P<0/001$)، برابر $0/21$ و اضطراب سلامتی ($X^2_{(3)}=23/67, P<0/001$)، برابر $0/6$ معنی دار بدست آمد که حاکی از رد فرض کرویت است، لذا جهت بررسی اثر درون آزمودنی ها از شاخص گرین هاویس $0/64$ ، $0/56$ و $0/72$ به ترتیب برای پریشانی هیجانی، استرس پرستاری و اضطراب سلامتی استفاده شد.

اثر درون گروهی؛ در مجموع در اثر درون آزمودنی ها (جدول ۳)، با توجه به سطح معنی داری برای اثر تعامل زمان و گروه برای هر متغیر، نتیجه گرفته شد متغیرهای مذکور در طول زمان در گروه های مختلف متفاوت بودند.

جهت تحلیل داده های پریشانی هیجانی، استرس پرستاری و اضطراب سلامتی از سه تحلیل واریانس تک متغیره اندازه گیری مکرر بهره گرفته شد که در ادامه مفروضه های آن بررسی می شود. ابتدا جهت تعیین متغیر پریشانی از طریق تی دو گروه مستقل، تفاوت نمرات پیش آزمون در بین دو گروه برای تک تک متغیرها بررسی شد. نتایج در ارتباط با پریشانی هیجانی ($t=1/26, P=0/21$)، استرس پرستاری ($t=1/03, P=0/3$) و اضطراب سلامتی ($t=0/82, P=0/41$) غیر معنی دار بدست آمد که حاکی از عدم نقش کووریت برای هر کدام از متغیرهاست. افزون بر آن به منظور اطمینان از نرمال بودن، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در هر سه متغیر در هر سه دوره زمانی غیر معنادار بدست آمد ($P<0/05$) که حاکی از نرمال بودن متغیرهای پژوهش حاضر در گروه های آزمایش و کنترل می باشد. جهت بررسی برابری ماتریس های کواریانس برای هر یک از متغیرها از آزمون ام باکس استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون، آماره ام باکس در ارتباط با متغیر پریشانی هیجانی ($F_{(16693.6/13)}=3/24, P=0/003$)، برابر $20/92$ ؛ استرس پرستاری ($F_{(16693.6/13)}=6/68, P<0/001$)، برابر $43/05$ و در ارتباط با اضطراب سلامتی نیز آماره ام باکس ($F_{(16693.6/13)}=2/15, P=0/045$)، برابر $13/84$ ، معنادار بدست آمد که موید مفروضه مذکور نیست، لذا در ادامه از F چند متغیره اثر پیلائی جهت بررسی اثر سهم زمان و اثر تعاملی زمان و گروه استفاده شد. نتایج F چند متغیره اثر پیلائی در خصوص پریشانی هیجانی نشان داد، اثر زمان ($F=1/52, P=0/22$)، با اندازه اثر $0/06$ غیر معنی

جدول ۳: اثر درون آزمودنی ها (اثر زمان و تعامل زمان و گروه) در تحلیل اندازه گیری مکرر

اثر درون گروهی	اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P	مجذور اتا
پریشانی هیجانی	زمان	15/21	1/27	11/89	2/72	0/09	0/05
	زمان*گروه	93/85	1/27	73/36	16/79	0/000	0/26
	خطا	268/26	61/4	4/37			
استرس پرستاری	زمان	546/28	1/12	487/75	15/50	0/000	0/24
	زمان*گروه	1434/49	1/12	1280/8	40/71	0/001	0/46
	خطا	1691/22	53/76	31/46			
اضطراب سلامتی	زمان	9/65	1/43	6/73	3/32	0/057	0/06
	زمان*گروه	122/88	1/43	85/75	42/29	0/000	0/47
	خطا	139/46	68/78	2/03			

اثر بین گروهی؛ در بررسی برابری واریانس های خطای متغیر زمان در طول دوره درمان، نتایج آزمون لون برای متغیر پریشانی هیجانی به ترتیب برای پیش آزمون ($F_{(1,48)}=0/99$ ، $P=0/75$) و پیگیری ($F_{(1,48)}=0/37$ ، $P=0/54$)، پس آزمون ($F_{(1,48)}=0/32$ ، $P=0/32$)، در سطح $0/01$ غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور بود. در بررسی اثر بین آزمودنی ها، نتایج (جدول ۴) نشان داد اثر گروه در هر سه متغیر در هر سه تحلیل معنادار بود.

اثر بین گروهی؛ در بررسی برابری واریانس های خطای متغیر زمان در طول دوره درمان، نتایج آزمون لون برای متغیر پریشانی هیجانی به ترتیب برای پیش آزمون ($F_{(1,48)}=6/78$ ، $P=0/012$)، پس آزمون ($F_{(1,48)}=7/30$ ، $P=0/014$)، استرس پرستاری برای پیش آزمون ($F_{(1,48)}=0/77$ ، $P=0/38$)، پس آزمون ($F_{(1,48)}=0/12$ ، $P=0/91$) و پیگیری ($F_{(1,48)}=0/82$ ، $P=0/82$)

جدول ۴: آزمون اثر بین آزمودنی ها در تحلیل اندازه گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P	مجذور اتا
پریشانی هیجانی	عرض از مبدا	۱۸۰۳۳۶/۰۱	۱	۱۸۰۳۳۶/۰۱	۴۳۲۶/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	گروه	۵۵۶/۸۰	۱	۵۵۶/۸۰	۱۳/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	خطا	۲۰۰۰/۸۵	۴۸	۴۱/۶۸			
استرس پرستاری	عرض از مبدا	۳۳۹۵۷۸/۴۶	۱	۳۳۹۵۷۸/۴۶	۱۱۳۱/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۹۵
	گروه	۵۸۲۸/۱۶	۱	۵۸۲۸/۱۶	۱۹/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۲۹
	خطا	۱۴۴۰۴/۳۷	۴۸	۳۰۰/۰۹			
اضطراب سلامتی	عرض از مبدا	۱۲۷۹۵۴/۴۰	۱	۱۲۷۹۵۴/۴۰	۴۵۵۹/۳۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	گروه	۴۳۳/۵۰	۱	۴۳۳/۵۰	۱۵/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۲۴
	خطا	۱۳۴۷/۰۹	۴۸	۲۸/۰۶			

شد. همانطور که در جدول ۵ ملاحظه شد در گروه آزمایش میانگین نمرات در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معنی داری کمتر از پیش آزمون بود ($P < 0/01$) اما میانگین نمره مراحل پیگیری و پس آزمون تفاوت معنی داری با هم نداشت ($P > 0/01$) که حاکی از اثربخشی مداخله فراتشخیصی کارآمدی هیجان بود، اما در گروه کنترل با توجه به همزمانی دوره پس آزمون و پیگیری در دوره بیماری کووید ۱۹، در طول زمان سطح استرس پرستاری و اضطراب سلامتی پرستاران گروه کنترل بر خلاف گروه آزمایش که کاهش خود را در طول زمان حفظ کرده بود، افزایش نشان داد.

نتایج نشان داد بین میانگین نمرات گروه آزمایش با گروه کنترل برای پریشانی هیجانی (تفاوت میانگین = $3/85$ ، خطای معیار = $1/05$ ، $p < 0/001$)، اضطراب سلامتی (تفاوت میانگین = $3/40$ ، خطای معیار = $0/86$ ، $p < 0/001$)، استرس پرستاری (تفاوت میانگین = $12/46$ ، خطای معیار = $2/83$ ، $p < 0/001$)، تفاوت معناداری بدست آمد که حاکی از اثربخشی هر مداخله بود. به منظور بررسی پایدار بودن اثر بخشی و تغییرات در هر یک از گروه های آزمایش در طول سه دوره زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری) به کمک آزمون بونفرونی به مقایسه دو به دوی میانگین متغیرها به تفکیک گروه های مورد نظر پرداخته

جدول ۵: آزمون بونفرونی مقایسه سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	زمان	آزمایش		کنترل	
		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	خطای استاندارد
پریشانی هیجانی	پس آزمون	۲/۴۸	۰/۶۶	-۱/۲۴	۰/۲۸
	پیش آزمون	۲/۱۲	۰/۷۳	-۰/۶۸	۰/۳۹
	پس آزمون	-۰/۳۶	۰/۲۷	۰/۵۶	۰/۲۳
استرس پرستاری	پس آزمون	۱۱/۱۶	۱/۹۵	-۲	۰/۵۹
	پیش آزمون	۹/۶۴	۱/۸۱	-۳/۴۴	۰/۸
	پس آزمون	-۱/۵۲	۰/۴۷	-۱/۴۴۱	۰/۳۱
اضطراب سلامتی	پس آزمون	۲/۳۶	۰/۴	-۱/۴۸	۰/۲۹
	پیش آزمون	۱/۷۶	۰/۴۸	-۲/۰۸	۰/۳۳
	پس آزمون	-۰/۶	۰/۲۷	-۰/۶	۰/۱۴

ناخوشایند اجتناب کنند یا شدت آن را کاهش دهند که این مساله نتیجه عکس می دهد و در دوام علایم آن نقش دارد (۴۸).

افزون بر آن نتایج مطالعه حاضر نشان داد کاهش اضطراب سلامت در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش در طول زمان پایدار بوده است، اگر چه در گروه کنترل، میانگین اضطراب سلامت پرستاران مضطرب که همزمان با دوره کووید ۱۹ بود، در طول زمان افزایش داشته است و این حاکی از اثربخشی مداخله فراتشخیصی کارآمدی هیجان در مواجهه با شرایط بحرانی شیوع یک بیماری در پرستاران با آسیب پذیری بالا به اضطراب است. همانطور که قبلا اشاره شد درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی یک درمان فراتشخیصی است که مولفه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری را یکپارچه می سازد (۲۰). لذا در این راستا اگر چه مطالعات متعددی همراستا با نتایج حاضر اثربخشی اکت (۴۹) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (۵۰) را بر اضطراب سلامت زنان و اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری را نیز بر اضطراب سلامت دانشجویان پرستاری (۵۱) و افراد با سطوح بالای اضطراب کووید ۱۹ (۵۲) و اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر اضطراب زنان باردار مبتلا به کووید-۱۹ (۵۳) نشان دادند، اما در مطالعات مذکور نقش پروتکل یکپارچه ای که هر سه رویکرد را تلفیق کرده باشد و بر مبنای عوامل فراتشخیصی واحدی باشد در جامعه پرستاران که بیشترین مواجهه را با شرایط استرس زا دارند، بررسی نشده بود. در این راستا درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان درمانی طراحی شده است که به پرستاران در معرض آسیب های اضطراب کمک کند تا بیاموزند چگونه با هیجانهای ناخوشایند خود مواجه شوند و آنها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه تری به هیجانهای خویش پاسخ دهند، چرا که پرستاران در دوره بیماری کووید ۱۹، سطح اضطراب و پریشانی (۵۴، ۵۵) و اضطراب سلامت (۵۶) بیشتری را تجربه می کنند و این ضرورت اتخاذ راهبرد مناسب را می رساند که نتایج مطالعه حاضر اهمیت مداخله فراتشخیصی کارآمدی هیجان را نشان داد. با این حال مهم است در نظر گرفته شود که این پروتکل یکپارچه بر آن نیست تا هیجانهای ناخوشایند را حذف کند، بلکه تاکید بر برگرداندن هیجانها به سطح کارآمد است، به طوریکه هیجانهای ناخوشایند بتوانند سازگارانه و مفید باشند (۴۸). در

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در گروه آزمایش، میانگین پریشانی هیجانی پرستاران مضطرب در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون به طور معناداری کاهش داشته است که حاکی از اثربخشی مداخله فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی در پرستاران دارای نشانه های اضطرابی است. این نتایج همخوان با مطالعاتی (۴۱، ۴۲) است که اثربخشی درمان فراتشخیصی را بر علائم اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی نشان دادند. البته قابل ذکر است علاوه بر اینکه مطالعات مذکور در جامعه غیر پرستار انجام شده بود، مداخله مطالعات مذکور نیز متمرکز بر عوامل فراتشخیصی بدکارآمدی هیجان انجام نشده بود. به هر حال مطالعات متعددی اثربخشی درمانهای تنظیم هیجان (۴۳، ۴۴) و مداخله فراتشخیصی را در اختلالات خلقی و اضطرابی نشان دادند (۳۲-۲۸)، هرچند زیر بنای مداخلات درمانی مطالعات ذکر شده متمرکز بر مولفه های فراتشخیصی اجتناب تجربه ای و تحمل پریشانی نبوده است، اما این نتایج، با منطق درمان فراتشخیصی که بر پردازش هیجان تاکید دارد و تنظیم هیجان را در ایجاد و تداوم اختلال های هیجانی از جمله اضطراب و افسردگی موثر می داند (۳۰) همراستا است. به هر حال در یک مطالعه جدید اثربخشی مداخله کارآمدی هیجان بر کاهش افسردگی نمونه های سالمندان بررسی و تایید شده است (۴۵). در مجموع قابل استنباط است هیجانان نقش مهمی در بروز و تشدید اضطراب و افسردگی و عوارض آن دارند (۴۶)، لذا مداخلات فعالانه در جهت افزایش تماس با هیجانان می تواند در کاهش مشکلات روانی موثر واقع شود (۴۷)، به بیان دیگر تجربه بیشتر هیجانهای دشوار به شیوه موثر و ابراز ارزش های خود، نشان از افزایش کارآمدی هیجانی دارد (۲۰). فرض فلسفی زیربنایی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان این است که با اینکه درد اجتناب ناپذیر است، اما رنج کشیدن اجتناب ناپذیر نیست و رنج تا حدودی ناشی از عدم آگاهی از نحوه تعیین ارزشهایی است که زندگی افراد را می تواند معنادار سازد و اغلب اوقات، رنج ناشی از عدم تمایل به تجربه هیجانهای دشوار است که موجب تقویت پریشانی شده و در نتیجه منجر به رنج بیشتر می شود (۲۰). فرض اصلی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی اینست که مبتلایان به اختلالات هیجانی، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان را به کار می برند، یعنی سعی می کنند از هیجانهای

نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی مداخله فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر پریشانی هیجانی، استرس پرستاری و اضطراب سلامت پرستاران دارای نشانه های اضطرابی، می توان به این نتیجه دست یافت که مولفه های فراتشخیصی عدم تحمل پریشانی و اجتناب تجربه ای که زیربنای مداخله فراتشخیصی کارآمدی هیجان را می سازد و از عوامل سبب ساز و تداوم بخش نشانه های اضطرابی و خلقی است، می تواند بر کاهش نشانه های هیجانی پرستاران آسیب پذیر به اضطراب را به ویژه در شرایط بحرانی چون شیوع یک بیماری همه گیر از جمله کوید ۱۹ موثر باشد، چرا که پژوهش حاضر نشان داد بر خلاف گروه کنترل که در دوره شیوع کووید ۱۹، افزایش معنی دار اضطراب و استرس را در طول زمان نشان داد، گروه آزمایش ثبات کاهش هیجانات منفی را بعد از مداخله در طول زمان مواجهه با بحران کرونا نشان داد، لذا با توجه به نیاز حمایت روانشناختی پرستاران در معرض آسیب های اضطراب در دوره کووید ۱۹، پیشنهاد می شود این مداخله در مراکز درمانی و بهداشتی بکار برده شود. به هر حال پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود از جمله نکته قابل تامل کوتاه بودن دوره پیگیری و افزون بر آن استفاده از پرسشنامه های خود گزارشی است.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند از همکاری ریاست محترم و پرستاران بیمارستانهای چمران و حضرت رسول (ع) شهر فردوس که در این پژوهش مشارکت داشتند صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

مجموع در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، مهارت های مقابله ای کلیدی رفتاردرمانی دیالکتیکی با مولفه های پذیرش، ذهن آگاهی و فرایندهای شفاف سازی ارزشها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بافت مواجهه هیجانی ترکیب می شوند و با ادغام مولفه های آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزشها و مقابله ذهن آگاهانه در بافت تمرین مهارت های مبتنی بر مواجهه، درمان جویان می آموزند تا پریشانی خود را تحمل کنند، در صورت نیاز هیجانها را کاهش دهند و انتخاب هایی همسو با ارزشهای شان انجام دهند (۲۰).

در نهایت نتایج مطالعه حاضر نشان داد در گروه آزمایش، میانگین استرس پرستاری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون به طور معناداری کاهش داشت است، اگر چه در گروه کنترل، میانگین استرس پرستاری در طول زمان افزایش داشته است. همراستا با نتایج حاضر مطالعات اثر بخشی مداخله روانشناختی مبتنی بر تنظیم هیجان (۵۷) و شناختی رفتاری (۵۸) را بر کاهش استرس شغلی پرستاران نشان داده است. آموزش مبتنی بر هیجان با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، می تواند افراد دارای استرس را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیددی و نگرانی در مورد عملکرد شغلی رها کند و ذهن آنها را از حالت مضطربانه خارج سازد و در نتیجه استرس شغلی افراد را کاهش دهد (۵۷). در مجموع این مدل درمانی مانند اکثر رفتاردرمانیهای موج سوم، از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاکید ویژه ای بر عامل تنظیم هیجان دارد که باعث کاربرد این رویکرد درمانی در گستره های از اختلال های هیجانی می شود.

References

1. Dagget T, Molla A, Belachew T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study, BMC Nursing, 2016; 15:39. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0158-2>
2. Dai C, Qiu H, Huang Q, Hu P, Hong X, Tu J, et al. The effect of night shift on sleep quality and depressive symptoms among Chinese nurses. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2019; 15: 435-40. <https://doi.org/10.2147/NDT.S190689>
3. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. International journal of environmental research and public health, 2019; 16(1): 61. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>
4. Zeng Y, Wang G, Xie C, Hu X, Reinhardt JD. Prevalence and correlates of depression, anxiety and symptoms of stress in vocational college nursing students from Sichuan, China: a cross-sectional study. Psychology, health & medicine, 2019; 24(7): 798-811. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574358>
5. Tran TT, Nguyen NB, Luong MA, Bui TH,

- Phan TD, Ngo TH, Minas H, Nguyen TQ. Stress, anxiety and depression in clinical nurses in Vietnam: a cross-sectional survey and cluster analysis. *International journal of mental health systems*, 2019;13(1): 1-1. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0257-4>
6. Amidu N, Issah H, Alhassan M, Yakong VN, Yahaya W, Dapare PPM, et al. Stress, Anxiety and Sleep Disorder among Nurses:A Cross-Sectional Study of Rotation vs Fixed Shift Workers. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 2016; 11(1): 1-12. <https://doi.org/10.9734/INDJ/2018/40284>
 7. Rathnayake S, Ekanayaka J. Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Nursing Students in a Public University in Sri Lanka. *International Journal of Caring Sciences*, 2016; 9 (3): 1020-32.
 8. Jamshidian Y, Kiani A, Dargahi S. Relationship of cognitive emotion regulation and meaning in life with health anxiety among emergency nurses. *Health in emergencies and disasters quarterly*, 2018; 3(4): 199-206. <https://doi.org/10.32598/hdq.3.4.199>
 9. Salimi Bajestani H, Hosseini Ghomi T, Zakeri N. Relationship religious orientation and hope with health anxiety among women nurses in Imam Khomeini hospital of Tehran. *IJNR*. 2014; 9 (1): 17-24. [Persian]
 10. Fink P, Ørnboel E, Christensen KS. The outcome of hypochondriasis / Health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One*, 2010; 5(3): e9873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009873>
 11. Uwaoma NC, Obi-Nwosu HA, Aguocha HC. Effect of gender and hospital unit on nurses' anxiety. *Asian Journal of Business and Management Sciences*, 2011; 1(4): 48-53.
 12. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological bulletin*, 2014; 140(3): 816. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
 13. Imamura K, Tran TTT, Nguyen HT, Kuribayashi K, Sakuraya A, Nguyen A, Tran XTN. Effects of two types of smartphone-based stress management programmes on depressive and anxiety symptoms among hospital nurses in Vietnam: a protocol for three-arm randomised controlled trial. *BMJ open*, 2019; 9(4): e025138. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025138>
 14. Cheung T, Yip PS. Lifestyle and Depression among Hong Kong Nurses. *Int J Environ Res Public Health*, 2016; 13: 135. <https://doi.org/10.3390/ijerph13010135>
 15. NotaJA, ChuC, BeardC, BjörngvinssonT. Temporal relations among sleep, depression symptoms, and anxiety symptoms during intensive cognitive-behavioral treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2020; 88(11): 971. <https://doi.org/10.1037/ccp0000610>
 16. Huang CLC, Wu MP, Ho CH, Wang JJ. Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses: A nationwide longitudinal cohort study. *PloS one*, 2018; 13(9): e0204224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204224>
 17. Silwal M, Koirala D, Koirala S, Lamichhane A. Depression, Anxiety and Stress among Nurses during Corona Lockdown in a Selected Teaching Hospital, Kaski, Nepal. *Journal of Health and Allied Sciences*, 2020; 10(2): 82-7. <https://doi.org/10.37107/jhas.210>
 18. Demir Z, Böge K, Fan Y, Hartling C, Harb MR, Hahn E, Seybold J, Bajbouj M. The role of emotion regulation as a mediator between early life stress and posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in Syrian refugees. *Translational Psychiatry*, 2020; 10(1): 1-0. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01062-3>
 19. Mazaheri M, Mohammadi N, Daghaghzadeh H, Afshar H. The Effectiveness of Emotion Regulation Intervention on Emotional Problems and Quality of Life Among Patients With Functional Gastrointestinal Disorders. *Govareh* 2014; 19: 109-17. [Persian]
 20. McKay M, West A. [Emotion efficacy therapy: brief of acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy with 8-week meta-diagnostic treatment protocol]. Translation by Mohammadkhani Sh, Akbari E, Khaleghi M, Tehran, 2018. [Persian]
 21. McKay M, West A. Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT. New Harbinger Publications, 2016.
 22. Akbari M. The Relative Contributions of Transdiagnostic Constructs to Obsessive Compulsive Disorder in Clinical population: Intolerance of Uncertainty, Cognitive Fusion and Distress Intolerance, 2018; 15(2): 167-177. [Persian]
 23. Hershenberg R, Mavandadi S, Wright E, Thase ME. Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity, *Journal of Affective Disorders*, 2017; 208(1): 414-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.011>
 24. Zorowitz S, Momennejad I, Daw ND.

- Anxiety, avoidance, and sequential evaluation. *Computational Psychiatry*, 2020; 4, 1-17. <https://doi.org/10.1101/724492>
25. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of contextual behavioral science*, 2016; 5(1): 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
 26. Bong EJ, Kim YK. Relationship between life stress, depression and smartphone addiction in nursing students: Mediating effects of experiential avoidance. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 2017; 18(7): 121-9.
 27. Gerhart J, O'Mahony S, Abrams I, Grosse J, Greene M, Levy M. A pilot test of a mindfulness based communication training to enhance resilience in palliative care professionals. *J Contextual Behav Sci*, 2016; 5(2): 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.04.003>
 28. Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow DH. Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 237-275). New York: Guilford Press, 2014.
 29. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 2017; 57: 141-63. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
 30. Martinsen KD, Rasmussen LMP, Wentzel-Larsen T, Holen S, Sund AM, Løvaas MES, et al. Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2018; 87(2): 212-219. DOI: <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
 31. Shaw AM, Halliday ER, Ehrenreich-May J. The effect of trans diagnostic emotion focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2020; 26: 100552. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100552>
 32. Koch T, Ehring T, Liedl A. Effectiveness of a trans diagnostic group intervention to enhance emotion regulation in young Afghan refugees: A pilot randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 2020; 132: 103689. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103689>
 33. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Research Methods in Behavioral Sciences*. Tehran: Agah Publication, 28th edition, 2015. [Persian]
 34. Beck AT, Steer RA. *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Anto: Psychological Corporation, 1990.
 35. Rafiei M, Seifi A. An Investigation into the Reliability and Validity of Beck Anxiety Inventory among the University Students. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 2013; 7(27): 43-50. [Persian]
 36. Asghari Moghaddam MA, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A Preliminary Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non clinical Sample. *Journal of Daneshvar Behavior*, 2008; 15 (31): 23-38. [Persian]
 37. Salkovskis PM, RIMES KA, WARWICK HM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 2002; 32(5): 843. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
 38. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The Short Health Anxiety Inventory: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 2013; 27(1): 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.009>
 39. Gray-Toft P, Anderson JG. The nursing stress scale: development of an instrument. *Journal of behavioral assessment*, 1981; 3(1): 11-23. <https://psycnet.apa.org/record/2018-23192-001> <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
 40. Mortaghi ghasemi M, Ghahremani Z, Vahedian azimi A, Ghorbani F. Nurses Job Stress in Therapeutic Educational Centers in Zanjan . *J Res Dev Nurs Midw*, 2011; 8 (1): 42-51.
 41. Hooman F, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Davodi I. The effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Anxiety, Depression, Cognitive Strategies of Emotional Regulation, and General Performance in Women with Comorbid Anxiety and Depression. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 2016; 5 (4): 551-63. [Persian]
 42. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*, 2016; 11 (1): 21-32. [Persian]
 43. Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 2020; 20(1): 37-44. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
 44. Cheng MY, Wang MJ, Chang MY, Zhang RX, Gu CF, Zhao YH. Relationship between resilience and insomnia among the middle-

- aged and elderly: mediating role of maladaptive emotion regulation strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 2020; 3(1): 1-12. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1734637>
45. Abdi Sarkami F, Mirzaian B, Abbasi Gh. The comparison of the effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Depression and Self Care in Non Clinical Depressed Elderly. *Aging Psychology*, 2020; 6(3): 269-83.
 46. Vanderlind WM, Millgram Y, Baskin-Sommers AR, Clark M S, Joormann J. Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical Psychology Review*, 2020; 76. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101826>
 47. Sakiris N, Berle D. A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 2019; 72: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
 48. Barlow DH, Farchione T, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Alen L, Ahernich J. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. Translation by Mohammadi A, Mohseni AR, Nehrabi A, Tehran, 2017: 185. [Persian]
 49. Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The efficacy of group acceptance and commitment therapy on health anxiety of woman with epilepsy with three month follow up. *MEDICAL SCIENCES*, 2017; 27 (4): 269-76. <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1330-en.html> [Persian]
 50. Iri H, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Dialectical Behavioral Therapy on health anxiety, psychosocial adjustment and cognitive emotion regulation of divorced women. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2019; 61(1): 79-88.
 51. Mohamadkhani Shali E, Alipor A, Hasanzadeh Pashang S. Effect of cognitive therapy training in groups on health anxiety among nursing students. *J Jahrom Univ Med Sci*, 2013; 11(2): 57-65. <https://doi.org/10.29252/jmj.11.2.8>
 52. Shabahang R, Bagheri Sheykhangafshe F, Dadras M, Seyed Noori SZ. Effectiveness of Video-Based cognitive-behavioral intervention on health Anxiety and Anxiety Sensitivity of Individuals with High Levels of COVID-19 Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 2021; Articles in Press, Accepted Manuscript Available Online from 10 January 2021. [Persian] <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0056>
 53. Huang JW, Zhou XY, Lu SJ, Xu Y, Hu JB, Huang ML, Wang HF, Hu CC, Li SG, Chen JK, Wang Z. Dialectical behavior therapy-based psychological intervention for woman in late pregnancy and early postpartum suffering from COVID-19: a case report, *Journal of Zhejiang University. Science B*, 2020; 5:1-6. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2010012>
 54. Labrague LJ, De los Santos JA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of nursing management*, 2020; 28(7): 1653-61. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
 55. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, Wan SW, Liu Z, Shen Q, Yang J, He HG. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *E Clinical Medicine*, 2020; 24: 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
 56. Mokhtari R, Moayedi S, Golitaleb M. COVID-19 pandemic and health anxiety among nurses of intensive care units. *International journal of mental health nursing*, 2020; 29(6): 1275 <https://doi.org/10.1111/inm.12800>
 57. Hatamian P, Hatamian P. The effect intervention psychological- based on emotional regulation on reduction job stress among nurses working in hospitals Kermanshah city: case study of imam reza hospital. *Occupational Medicine Quarterly Journal*, 2020; 12(2): 29-35. <http://tkj.ssu.ac.ir/article-1-1041-en.html> [Persian] <https://doi.org/10.18502/tkj.v12i2.4371>
 58. Aliyari N, Fallahi khoshknab M, Khankeh HR, Hoseini MA, Yazdani M. The effectiveness of cognitive behavioral group intervention on the stress level of new graduate nurses. *IJN*, 2015; 28 (93, 94): 11-21. <http://ijn.iiums.ac.ir/article-1-2036-en.html> [Persian] <https://doi.org/10.29252/ijn.28.93.94.11>