

اثربخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و شادکامی پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی

نرگس شاکری*✉، پروانه محمدخانی**

و فاطمه محمدنژاد***

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و شادکامی پرستاران بیماران روانی بود. روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان شامل پرستاران بیماران روانی بیمارستان شهید زارع ساری در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۴۰ نفر بود که با روش در دسترس انتخاب شدند و به طریق تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی و سیاهه شادکامی آکسفورد بودند که قبل و بعد از اجرای مداخله، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند. برنامه آموزش شناختی مبتنی بر حضور ذهن در ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. همچنین تحلیل کوواریانس حاکی از تفاوت معنادار نمرات پس‌آزمون دو گروه در متغیر شادکامی بود، به گونه‌ای که گروه آزمایش نمرات بالاتری به‌دست آورده بودند. با توجه به نتایج این مطالعه، برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن راهبرد مؤثری برای ارتقاء کیفیت زندگی و شادکامی پرستاران است. با لحاظ تأثیرات سوء فشار روانی محیط شغلی پرستاران بخش روان‌پزشکی بر کیفیت زندگی و احساس شادکامی آن‌ها، پیشنهاد می‌شود تا تکنیک‌های حضور ذهن برای ارتقاء رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت در آن‌ها به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن؛ پرستاران؛ شادکامی؛ کیفیت زندگی

*دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی nshar_shakeri@yahoo.com ✉

**استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

***کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۵

مقدمه

فشار روانی مرتبط با شغل، یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روانی انسان‌ها است (توکر و بایرون^۱، ۲۰۱۲). از بین سطوح فشار روانی موجود در مشاغل مختلف، اعضای تیم پزشکی خصوصاً پرستاران کسانی هستند که در معرض مواجهه با سطوح بالایی از فشار روانی قرار دارند (لی، دای، پارک و مک‌کراری^۲، ۲۰۱۳). انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا^۳ نیز حرفه پرستاری را در رأس چهل حرفه استرس‌زا معرفی کرده است (چانگ، هنکوک، جانسون، دیلی و جکسون^۴، ۲۰۰۵). مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده، فرسودگی شغلی، استرس و فشار روانی مرتبط با شغل در پرستاران، با کاهش کیفیت زندگی^۵، و تقلیل احساس شادکامی^۶ در آن‌ها همراه است (به عنوان نمونه، آن، گاو، ما و ژیاو^۷، ۲۰۱۵). به همین دلیل ارائه آموزش‌های روان‌شناختی به پرستاران در راستای ارتقاء کیفیت زندگی و حس شادکامی‌شان از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

کیفیت زندگی و احساس شادکامی از سازه‌های روان‌شناختی پراهمیتی هستند که در سایه گسترش روان‌شناسی مثبت‌نگر طی یک دهه اخیر، در کانون توجه محققان قرار گرفته است. کیفیت زندگی محصول کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی است (وارگس و جوز^۸، ۲۰۱۶). از این رو می‌توان آن را یک ارزشیابی ذهنی دانست که ماهیتی پویا دارد، نه ایستا و مفهومی چندبُعدی است (خواجه، بهرامی، فاتحی‌زاده، عابدی و سجادیان، ۱۳۹۲). بر طبق مدل سلامت‌نگر^۹، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی و روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را دربرگیرد. امروزه با گسترش روان‌شناسی مثبت، محققان معتقدند که بهتر است شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را به حساب سبک‌های زندگی

-
1. Toker & Biron
 2. Lee, Dai, Park & McCreary
 3. America Occupational Safety National Association
 4. Chang, Hancock, Johnson, Daly & Jackson
 5. quality of life
 6. happiness
 7. An, Gao, Ma & Xiao
 8. Varghese & Jose
 9. health-oriented

معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰). از دیگر سو شادکامی نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی احساس کیفیت زندگی مطلوب مطابق با تعریف دینر و تای^۱ (۲۰۱۵) نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش به عمل می‌آورد و مواردی از قبیل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود.

با توجه به اینکه پرستاران در معرض تنیدگی شغلی زیادی قرار دارند، این امر در درازمدت بر کیفیت زندگی و میزان شادکامی آن‌ها تأثیرگذار است. بر این اساس استفاده از راهبردهای روان‌شناختی برای ارتقاء کیفیت زندگی و احساس شادکامی در پرستاران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مروری بر نوشته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعات اخیر رویکردهای جدید موسوم به موج سوم^۲ درمان‌های شناختی- رفتاری را در ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش علائم افسردگی و اضطراب مورد کاوش قرار داده‌اند؛ به‌ویژه درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن (محمدخانی، دابسون، حسنی غفاری و مؤمنی، ۱۳۹۰). این شکل از مداخله‌های بالینی طی سال‌های اخیر به شکل گسترده‌ای با ترکیب و تلفیق تمرین‌های سنتی و آیینی حضور ذهن با روش‌های روان‌شناختی رایج، در راستای ارتقاء کیفیت زندگی و بهزیستی روانی به کار گرفته شده‌اند (عبداللهی و قدرتی، ۱۳۹۶؛ گو، استراوس، بند و کاوانگاه^۳، ۲۰۱۵). دو شکل از انواع مداخله‌های بالینی مبتنی بر حضور ذهن که به شکل گسترده‌ای توسط پژوهشگران و بالینگران استفاده شده است، عبارتند از: راهبرد کاهش فشار روانی مبتنی بر حضور ذهن (MBSR)^۴ (کابات-زین، ۱۹۹۴) و شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT)^۵ (سگال، ویلیامز و تیزدل^۶، ۲۰۱۳). این دو راهبرد درمانی طی هشت جلسه به آموزش مهارت‌های حضور ذهن از طریق طیف گسترده‌ای از تمرین‌های رسمی و غیررسمی حضور ذهن اقدام می‌کنند (هافمن،

-
1. Diener & Tay
 2. third wave
 3. Gu, Strauss, Bond & Cavanagh
 4. mindfulness-based stress reduction
 5. mindfulness-based cognitive therapy
 6. Segal, Williams & Teasdale

سوآیر، ویت و اوه^۱، ۲۰۱۰). این تمرین‌ها مشتمل بر تنفس، تفکر، احساسات بدنی، صداها و فعالیت‌های روزانه مبتنی بر حضور ذهن هستند (هلمز و وارد^۲، ۲۰۱۵).

شواهد پژوهشی مؤید آن است که تقلیل کیفیت زندگی و شادکامی در درازمدت با بروز و شیوع علائم بالینی به ویژه اضطراب و افسردگی مزمن در پرستاران ارتباط دارد (وارگاس و جوز، ۲۰۱۶). بخش‌های روان‌پزشکی یکی از قسمت‌هایی است که پرستاران در آن فعالیت می‌کنند. فعالیت پرستار در بخش‌های روان‌پزشکی، خطرناک و پراسترس است، زیرا پرستاران در این بخش‌ها مرتباً با جریانی از محرک‌های استرس‌زا و ملال‌آور مواجه هستند (آبراهام و داسیلوا^۳، ۲۰۱۳). مواجهه با طیفی از محرک‌های استرس‌زا و ملال‌آور با نوعی سوگیری توجه^۴ نسبت به محرک‌های منفی و گسترش تدریجی علائم اضطراب و افسردگی همراه است. در همین راستا نتایج پژوهش‌های انجام شده در کشور نیز نشان می‌دهد پرستارانی که در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌ها فعالیت می‌کنند، در قیاس با هم‌تایان شاغل خود در بخش بیماری‌های جسمی، از سطوح بالاتری از علائم روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی رنج می‌برند (تقوا، یزدانی، ابراهیمی، علیزاده و سخابخش، ۱۳۹۲). بنابراین، برای مقابله با این چرخه ناکارآمد، فراگیری مهارت‌هایی که اثر ایمنی‌بخشی در مواجهه با محرک‌های منفی محیطی دارد، یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر تلقی می‌شود. با توجه به اینکه توجه بدون قصدمندی نسبت به تجارب جاری و در لحظه، به شیوه‌ای عاری از قضاوت و قابل پذیرش از مؤلفه‌های اساسی در برنامه‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن است (کابات-زین^۵، ۱۹۹۴)، به نظر می‌رسد که فراگیری این مهارت‌ها می‌تواند به عنوان یک ضربه‌گیر در برابر فشارهای روانی مرتبط با محیط شغلی پرسترس عمل کند. علاوه بر این اثربخشی برنامه‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش علائم افسردگی و اضطراب - که از شکایت‌های شایع در پرستاران است - در مطالعات متعددی نشان داده شده است (هافمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ گو و همکاران، ۲۰۱۵). لذا انتظار می‌رود که فراگیری تکنیک‌های حضور ذهن توسط پرستاران با کاهش

-
1. Hofmann, Sawyer Witt & Oh
 2. Helmes & Ward
 3. Abraham & D'silva
 4. attentional bias
 5. Kabat-Zinn

سطوح افسردگی و اضطراب، به ارتقاء کیفیت زندگی و احساس شادکامی در آنها منجر شود. با وجود این، تاکنون مطالعه‌ای فرضیه‌ی اثربخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن را در پرستاران مطالعه نکرده است. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و شادکامی پرستاران بخش روان‌پزشکی انجام شده است.

روش

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تمایل برای شرکت در پژوهش، دارا بودن مدرک تحصیلی پرستاری در مقطع کارشناسی یا بالاتر، اشتغال در بخش روان‌پزشکی بیمارستان شهید زارع ساری، عدم مصرف داروهای مؤثر بر روان، و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم حضور در بیش از ۱۰ درصد زمان کارگاه، مرخصی و مواجهه با استرس عمده (مرگ نزدیکان، طلاق) در هنگام اجرای پژوهش بودند.

جامعه آماری این پژوهش را، کلیه پرستاران بیماران روانی بیمارستان شهید زارع ساری در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۸۵ نفر تشکیل دادند که تعداد ۴۰ نفر که شرایط شرکت در جلسات را داشتند (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) با استفاده از روش در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شده و به گونه تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (SF-26)^۱: فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ سؤال است که در ۴ بعد (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) در طیف ۵ گزینه‌ای طراحی شده است. در هر بعد امتیازی معادل ۴-۲۰ به دست می‌آید که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت کیفیت زندگی است. روایی^۲ این ابزار را در ایران نصیری و همکاران (۱۳۸۵)، به نقل از کسان

1. Qquality of Llife Questionnaire

2. validity

و همکاران، ۱۳۹۳) تأیید کرده‌اند و پایایی آن را نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۱، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ محاسبه شد که این مقدار از لحاظ آماری معنادار و مورد تأیید است.

سیاهه شادکامی آکسفورد (OHI): در سال ۱۹۸۹، آرگایل این سیاهه را تدوین کرده که دارای ۲۹ سؤال و در طیف ۴ گزینه‌ای (الف، ب، ج، د) طراحی شده است که به ترتیب از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات فرد از ۰ - ۸۷ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شادکامی بیشتر است. روایی محتوایی این ابزار را در ایران علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) تأیید کرده‌اند. پایایی این ابزار نیز با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) نیز ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد که این مقدار از لحاظ آماری معنادار و مورد تأیید است.

روش اجرای پژوهش: پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه، مداخله شناختی مبتنی بر حضور ذهن در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد. برای تهیه برنامه و بسته آموزشی از راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن ترجمه محمدخانی و خانی‌پور (۱۳۸۴) استفاده شد. شرح کلی جلسات به تفکیک در جدول ۱ ارائه شده است.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، مداخله مورد نظر یک ماه پس از اتمام پژوهش برای گروه کنترل نیز انجام شد. همچنین معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی به بیمارستان شهید زارع ساری و نیز مجوز از بیمارستان مورد نظر برای آموزش شرکت‌کنندگان، کسب رضایت و اختیار دادن به آن‌ها برای شرکت در پژوهش از اصول اخلاقی دیگر پژوهش حاضر بود.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شد. بر خورداری متغیرهای کمی از توزیع طبیعی با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس استفاده شد.

1. Oxford Happiness Inventory

جدول ۱: جلسات آموزشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن

جلسه	اهداف جلسه	محتوا	تکلیف منزل	تغییر رفتار
جلسه ۱	معارفه، آشنایی با قوانین، اهداف برنامه، آموزش هدایت خودکار.	آموزش تکنیک واریسی بدنی به شرکت کنندگان.	فیلم آموزشی واریسی بدنی و برگه‌های تمرین برای انجام در منزل توزیع می‌گردد.	تسلط بر تمرکز مستمر توجه روی نقاط مختلف بدن و بازگویی دقیق احساسات مربوط به هر ناحیه از بدن.
جلسه ۲	آموزش رویارویی با موانع.	مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، دادن پس‌خوراند و بحث درباره واریسی بدنی.	تمرین مراقبه ذهن- آگاهی تنفس.	افزایش تمرکز و آگاهی به عملکرد بدن، ذهن و قلب.
جلسه ۳	آموزش تنفس همراه با حضور ذهن.	مرور تکالیف هفته گذشته، آموزش تمرین مراقبه نشسته.	ارائه فیلم آموزشی تنفس همراه با حضور ذهن و تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای.	افزایش تمرکز و سطح وضوح و شفافیت حواس بدنی.
جلسه ۴	آموزش ماندن در زمان حال.	مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین هفت دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن.	تمرین مجدد ذهن آگاهی تنفس و واریسی بدنی.	تسلط بر زندگی ذهن آگاهانه و فراغت از درگیری‌های درونی.
جلسه ۵	آموزش اجازه یا مجوز حضور.	مرور تکالیف هفته گذشته، مراقبه نشسته و آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، توضیح پیرامون استرس و رابطه آن با فرسودگی، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی و پذیرش آنها.	انجام تمرین ثبت وقایع خوشایند در طول هفته در کاربرگ‌های توزیع شده.	تسلط بر ادراک ارتباط بین افکار، و احساسات بدنی و پذیرش بدون قضاوت آنها.
جلسه ۶	آموزش افکار حقایق نیستند.	مرور تکالیف هفته گذشته، یوگای هشیارانه، بحث پیرامون متفاوت دیدن افکار و آموزش افکار جانشین، مراقبه نشسته و حضور ذهن از صداها و افکار.	تمرین هفتگی یوگای هشیارانه و ثبت افکار و آموزش افکار جانشین در کاربرگ‌های توزیع شده.	تسلط بر نگاه متفاوت نسبت به افکار.
جلسه ۷	آموزش اینکه چگونه می‌توانیم به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم.	مرور تکالیف هفته گذشته، آموزش بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسه قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش جلسه.	تکرار تمرین‌های هفته گذشته.	تسلط بر تکالیف حضور ذهن به طوری که حضور ذهن سبک زندگی فرد شود.
جلسه ۸	پذیرش و تغییر.	مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدنی، جمع‌بندی جلسات، بحث در مورد ادامه تمرینات و تکالیف، آمادگی برای خاتمه و پایان‌دهی.	اجرای راهکارهای آموخته شده.	تکرار مهارت‌های آموخته شده و ایجاد سبک زندگی مبتنی بر حضور ذهن.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۵/۴۸ و شرکت‌کنندگان گروه کنترل ۳۵/۵۹ بود. از افراد گروه آزمایش ۸ نفر مرد و ۱۲ نفر زن و در گروه کنترل نیز ۷ نفر زن و ۱۳ نفر مرد بودند. علاوه بر این در گروه آزمایش ۱۳ نفر دارای تحصیلات کارشناسی و ۷ نفر کارشناسی ارشد بودند. در گروه کنترل نیز ۱۲ نفر دارای تحصیلات کارشناسی و ۸ نفر کارشناسی ارشد بودند. در جدول ۲، یافته‌های توصیفی مربوط به ابعاد کیفیت زندگی و شادکامی به تفکیک دو گروه ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۵/۵۷	۳/۸۳	۱۴/۸۴
	کنترل	پس‌آزمون	۶۰/۴۱	۳/۲۸	۰/۴۸
سلامت جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲/۰۸	۱/۴۲	۴/۲۱
	کنترل	پس‌آزمون	۱۶/۲۹	۳/۲۱	۱/۱۱
سلامت روانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۱/۶۱	۳/۶۲	۳/۷۴
	کنترل	پس‌آزمون	۱۴/۲۳	۲/۹۱	-۰/۳۳
روابط اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۳۶	۲/۶۲	۲/۶
	کنترل	پس‌آزمون	۱۳/۹۰	۳/۰۹	۰/۳۶
محیط زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۱/۵۲	۳/۵۱	۴/۲۹
	کنترل	پس‌آزمون	۱۵/۸۱	۴/۱۱	-۰/۶۶
شادکامی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۱/۶۵	۳/۹۲۳	۱۰/۷
	کنترل	پس‌آزمون	۵۲/۳۵	۱۰/۶۴۸	۱/۵

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. به منظور استفاده از این آزمون ابتدا پیش فرض‌های اصلی آن بررسی شد. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای اندازه‌گیری $\alpha = 0/05$ ، سطح معناداری برای همه متغیرها بالاتر از پنج صدم ($\text{Sig} > 0/05$) محاسبه شده، لذا داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. پیش فرض «تساوی واریانس‌های دو گروه» از طریق آزمون لون بررسی شد. نتایج نشان داد تفاوت واریانس بین دو گروه معنادار نیست و بنابراین، پیش فرض مورد نظر برقرار است. پیش فرض سوم مربوط به «همگنی شیب خط رگرسیون» است. برای انجام تحلیل کوواریانس، می‌بایست شیب خط رگرسیون بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه آزمایش و کنترل) یکسان باشد. نمره F مربوط به تعامل متغیر همپراش و مستقل (گروه) برابر با $1/62$ به دست آمد که نتیجه آن معنادار نبود ($p > 0/05$). بدین ترتیب پیش فرض سوم نیز رعایت شده است و می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون معنادار است؛ به عبارتی دیگر در پس‌آزمون، میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی و شادکامی در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر شادکامی پرستاران تأثیر مثبت داشته است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در ابعاد کیفیت زندگی و شادکامی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	
پیش‌آزمون سلامت	۰/۸۵۴	۱	۰/۸۵۴	۰/۰۹۱	۰/۷۶۵	۰/۰۰۲	سلامت
گروه جسمانی	۳۸۳/۲۶	۱	۳۸۳/۲۶	۴۰/۶۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	جسمانی
پیش‌آزمون سلامت روانی	۲۶/۵۳۱	۱	۲۶/۵۳۱	۳/۶۷۱	۰/۰۶۳	۰/۰۹	سلامت روانی
گروه روابط	۵۱۱/۸۷۲	۱	۵۱۱/۸۷۲	۷۰/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	روابط
پیش‌آزمون اجتماعی	۰/۱۳۲	۱	۰/۱۳۲	۰/۰۳۶	۰/۸۵	۰/۰۰۱	روابط
گروه محیط زندگی	۲۵/۴۰۱	۱	۲۵/۴۰۱	۶/۹۷۹	۰/۰۱۲	۰/۱۵۹	اجتماعی
پیش‌آزمون نمره کل	۸/۴۳۲	۱	۸/۴۳۲	۰/۶۳۱	۰/۴۳۲	۰/۰۱۷	محیط زندگی
گروه کیفیت زندگی	۲۱۷/۸۵۲	۱	۲۱۷/۸۵۲	۱۶/۳۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶	گروه
پیش‌آزمون شادکامی	۲۷/۷۵۹	۱	۲۷/۷۵۹	۰/۵۰۶	۰/۴۸۱	۰/۰۱۳	نمره کل
گروه شادکامی	۴۴۸۶/۲۲۱	۱	۴۴۸۶/۲۲۱	۸۱/۷۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	کیفیت زندگی
پیش‌آزمون شادکامی	۳۹۴/۷	۱	۳۹۴/۷	۵/۲۶۵	۰/۰۲۸	۰/۱۲۵	شادکامی
گروه شادکامی	۹۳۹/۲۸۲	۱	۹۳۹/۲۸۲	۱۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳	گروه

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و شادکامی پرستاران بخش روان‌پزشکی انجام شد. همچنان که نتایج این مطالعه نشان داد برنامه مزبور تأثیر معناداری در ارتقاء نمرات کیفیت زندگی و احساس شادکامی گروه آزمایش در قیاس با گروه کنترل داشت. گرچه تاکنون مطالعه‌ای اثربخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن را در ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی پرستاران بررسی قرار نکرده است، اما نتایج پژوهش حاضر را می‌توان به صورت ضمنی همسو با نتایج مطالعاتی دانست که حاکی از اثربخشی این راهبرد درمانی بر ارتقاء کیفیت زندگی (به‌عنوان نمونه، گو و همکاران، ۲۰۱۵) و کاهش اضطراب و افسردگی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی دیگر بوده است (به‌عنوان نمونه، هافمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۲). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان مطرح کرد آسیب‌های روانی، اغلب به وسیله تفکر سوگیرانه و افراطی، تداوم و از راه تحریف در پردازش داده‌ها، شدت می‌یابند که این امر می‌تواند به کاهش سلامت روان، کیفیت زندگی و احساس شادکامی مبتلایان منجر شود (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲). بر

این اساس می‌توان انتظار داشت که استرس‌های هیجانی و عاطفی ناشی از محیط شغلی در پرستاران بخش روان‌پزشکی ممکن است بر رفتار آن‌ها تأثیر گذاشته به نحوی که ظرفیت کنترل رفتاری در آن‌ها در بلندمدت کاهش یابد. شناخت این مشکلات، رفع یا کاهش آن‌ها، به همراه ارائه آموزش‌هایی نظیر مداخلات حضور ذهن، برای بهبود کیفیت زندگی و احساس شادکامی آن‌ها به عنوان بخش مهمی از برنامه آموزشی مبتنی بر حضور ذهن است. در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، بیمار از طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت‌دهی قصدمندانه توجه به یک شیء خنثی (مثلاً جریان تنفس) به مشاهده افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود می‌نشیند. افراد حضور ذهن واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (حمیدیان، امیدی، نظیری، ابوالقاسمی و موسوی‌نسب، ۱۳۹۵). این مشاهده‌گری عاری از قضاوت می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را منجر که به وسیله اضطراب فراخوانی می‌شود و در درازمدت موجب کاهش کیفیت زندگی و احساس شادکامی می‌شود (پورمحمدی و باقری، ۱۳۹۴). بر این اساس می‌توان استدلال کرد که تمرین‌های حضور ذهن، توانایی پرستاران را برای تحمل حالات هیجانی منفی موجود در محیط بیمارستانی افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر تجهیز می‌کند. در همین راستا نتایج این مطالعه نیز حاکی از اثر بخشی این تمرین‌ها در ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی و احساس شادکامی آن‌ها بوده است. بنابراین، می‌توان گفت مکانیسم پایه در اثر بخشی برنامه حضور ذهن بر ارتقاء کیفیت زندگی و احساس شادکامی پرستاران را در فراگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر آن‌ها طی جلسات آموزشی برای مواجهه با هیجان‌ها و عواطف منفی دانست. در واقع انجام مستمر تمرین‌های حضور ذهن توجه افراد را از بدن، احساسات و افکارشان افزایش می‌دهد. در حضور ذهن توجه به بدن و تنفس تمرین می‌شود و افراد تحت درمان از حس‌های مختلفی آگاه می‌شوند که در بدن و حتی هنگام تنفس خود تجربه می‌کنند. همچنین یاد می‌گیرند زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدن گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلب افزایش می‌یابد و ریتم تنفس تغییر می‌کند و کوتاه و کند می‌شود و در نتیجه با تمرین‌های حضور ذهن توجه به بدن افزایش یافته و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند. در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش می‌توان بیان کرد که دلیل اثر بخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن در این پژوهش این است که تکنیک‌های حضور ذهن، به تغییر شناختی در طرز تفکر و رفتار پرستاران منجر می‌شود. همچنین، می‌توان گفت چون حضور ذهن باعث تعدیل

احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی به ویژه عواطف منفی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند. بنابراین، می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی و احساس شادکامی نقش داشته باشد. تکنیک‌های حضور ذهن با تعدیل در رفتارهای منفی و افکار منفی موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود، زیرا یکی از جنبه‌های مهم برنامه مبتنی بر حضور ذهن این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. در سطح کاربردی یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر ارتقاء کیفیت زندگی و احساس شادکامی در پرستاران بخش روان‌پزشکی بوده است. با توجه به تأثیرات سوء فشار روانی محیط شغلی پرستاران بخش روان‌پزشکی بر کیفیت زندگی و احساس شادکامی آن‌ها، پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی ویژه‌ای برای پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی در راستای فراگیری تکنیک‌های حضور ذهن اجرا شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه و نمونه آماری این پژوهش به پرستاران بیمارستان شهید زارع ساری و دامنه سنی خاص اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را به پرستاران سایر مراکز و سنین دیگر دشوار می‌کند. علاوه بر این با توجه به شیوع بالای علائم اضطراب و افسردگی در پرستاران بخش روان‌پزشکی و فقدان ارزیابی این علائم بالینی در نمونه‌های این پژوهش، همگونی دو گروه کنترل و آزمایش را با محدودیت مواجه کرده است. به ویژه آنکه مطالعات قبلی حاکی از ارتباط این علائم بالینی با کیفیت زندگی و احساس شادکامی است. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی گروه‌ها از نظر سطوح علائم اضطراب و افسردگی نیز هم‌تاسازی شوند. از محدودیت‌های عمده دیگر این مطالعه نیز این است که نبود سنجش‌های پیگیرانه برای ارزیابی میزان ثبات و پایداری اثربخشی است که تفسیر و تعمیم این یافته‌ها را با محدودیت مواجه کرده است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی این مداخله روی جمعیت‌های بالینی و بهنجار با ایجاد فرصت ارزیابی‌های پیگیری مجدد آزمون شود.

تشکر و قدردانی:

به این وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان مطالعه و مسئولان محترمی که فرصت انجام این پژوهش را فراهم کردند، کمال تشکر را دارم.

منابع

- پورمحمدی، سمیه و باقری، فریبرز (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر پردازش شناختی خودکار، *مطالعات روان شناختی*، ۱۱(۳): ۱۵۹-۱۴۱.
- تقوا، ارسیا، یزدانی، علی، ابراهیمی، محمدرضا، علیزاده، کامیاب و سخابخش، مهدی (۱۳۹۲). بررسی میزان فراوانی افسردگی در پرستاران بخش های روان پزشکی و مقایسه آن با سایر بخش های بیمارستان های آجا. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۴(۱): ۱۶-۱۱.
- حمیدیان، ساجده، امیدی، عبدالله، نظیری، قاسم، ابوالقاسمی، راحیل و موسوی نسب، مسعود (۱۳۹۵). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ترکیب با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی بر افسردگی و خشم بیماران مبتلا به اختلال افسرده خویی، *مطالعات روان شناختی*، ۱۲(۳): ۱۰۲-۸۳.
- خواجه، امیرحسام، بهرامی، فاطمه، فاتحی زاده، مریم، عابدی، محمدرضا و سجادیان، پریناز (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش شادمانی به روش شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی زناشوی مردان و زنان متأهل، *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۴(۲): ۲۱-۱۱.
- عبداللهی، قاسم و قدرتی، مهدی (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی در کاهش نشانگان بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، *مطالعات روان شناختی*، ۱۳(۲): ۷۳-۸۶.
- علی پور، احمد و نور بالا، احمد علی (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران، *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۵ (۱ و ۲): ۵۵-۶۶.
- قاسمی، نظام الدین، کجباف، محمدباقر و ربیعی، مهدی (۱۳۹۰). اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان، *مجله روان شناسی بالینی*، ۳(۲): ۳۴-۲۳.
- کسانی، عزیز، نیازی، محسن، منتی، رستم، علی محمدی، یوسف و منتی، والیه (۱۳۹۳). ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۳(۲): ۶۹-۶۱.

محمدخانی، پروانه و خانی‌پور، حمید (۱۳۸۴). *درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن (به همراه راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای پیشگیری از عود افسردگی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.*

محمدخانی، پروانه، دابسون، کیت، حسین‌غفاری، فاطمه و مؤمنی، فرشته (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و درمان معمول بر علائم افسردگی و سایر علائم روان‌پزشکی، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱): ۱۹-۲۷.

مظلوم، رضا، دربان، فاطمه و کاشانی، مسعود (۱۳۹۱). تأثیر برنامه‌ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان. *نشریه پرستاری ایران*، ۶(۷): ۴۲-۵۴.

Abdollahi, G. & Ghodrati, M. (2017). Effectiveness of mindfulness therapy on symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in adolescents. *Psychological Researches*, 13(2): 73-86 (Text in Persian).

Abraham, A. K. & D'silva, F. (2013). Job satisfaction, burnout and quality of life of nurses from mangalore. *Journal of Health Management*, 15(1): 91-97.

Alipoor, A. & Noorbala, A. A. (1999). A preliminary evaluation of the validity and reliability of the oxford happiness questionnaire in students in the universities of Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 5 (1 and 2): 55-66 (Text in Persian).

An, J. G., Gao, X. M., Ma, Y. X. & Xiao, S. X. (2015). Relation between depression, anxiety, and quality of life among female nurses in Shaanxi province: a cross-sectional study, *The Lancet*, 27(4): 29-41.

Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J. & Jackson, D. (2005). Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & health sciences*, 7(1): 57-65.

Diener, E. & Tay, L. (2015). Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. *International Journal of Psychology*, 50(2): 135-149.

Ghasemi, N., Kajbaf, M. B. & Rabiee, M. (2010). Efficacy of group therapy based on quality of life on mental well-being and psychological health. *Journal of Clinical Psychology*, 3(2): 23-34 (Text in Persian).

Gu, J., Strauss, C., Bond, R. & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, 12(3): 1-12.

Hamidian, S., Omidi, A., Naziri, G., Abolghasemi, R. & Moosavinasab, M. (2016).

The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on severity of depression and anger in dysthymic patients. *Psychological Researches*, 12(3): 83-102 (Text in Persian).

- Helmes, E. & Ward, B. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care, *Aging & mental health*, 12(4): 1-7.
- Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E. & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12): 1335-1342.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2): 169-178.
- Kabat-Zinn, J. (1994). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1): 33-47.
- Kassani, A., Niazi, M., Menati, R., Alimohamadi, Y. & Menati, W. (2013). Relationship between nurses' depression and quality of life: applying path analysis model, *Quarterly Journal of Nursing Management*, 3(2): 61-69 (Text in Persian).
- Khajeh, A., Bahrami, F., Fatehizadeh, M. & Sajjadian, P. (2013). The effect of happiness training based on cognitive behavioral approach on quality of marital life in married males and females. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 14(2): 11-21 (Text in Persian).
- Lee, Y. W., Dai, Y. T., Park, C. G. & McCreary, L. L. (2013). Predicting quality of work life on nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2): 160-168.
- Mazlom, R. S., Darban, F., KashaniLotfabadi, M. (2012). The effect of stress inoculation program on the quality of life of nurses working in psychiatric wards. *Iranian Journal of Nurses*, 6(7): 42-54 (Text in Persian).
- Mohammadkhani, P. & Khanipoor, H. (2005). *Therapies based on mindfulness*. Publication of Well-being and Rehabilitation University (Text in Persian).
- Mohammadkhani, P., Dabson, K., Hosseni, F. & Momeini, F. (2011). Comparison of the effectiveness mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavior therapy and treatment as usual on depression and additional symptoms and other psychiatric symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 3(1): 19-27 (Text in Persian).
- Poormohammadi, S. & Bagheri, F. (2016). Effectiveness of mindfulness training on automatic cognitive processing. *Psychological Researches*, 11(3): 141-159 (Text

in Persian).

Segal, Z. V., Williams, J. M. & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). London, UK: Guilford Press.

Taghva, A., Yazdani, A., Ebrahimi, M. R., Alizadeh, K. & Sakhabakhsh, M. (2012). Prevalence of depression in psychiatric nurses and comparison with other parts of the AJA hospitals. *Journal of Nurses & Physician in War*, 4(1): 11-16 (Text in Persian).

Toker, S. & Biron, M. (2012). Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*, 97(3): 699-705.

Varghese, S. A. & Jose, A. E. (2016). Self-esteem and quality of life of male nurses. *International Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1): 98-103.

**Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive
Program on Quality of Life and Happiness of
Nurses in Psychiatric Wards**

Narges Shakeri*, Parvaneh

Mohammadkhani** & Fatemeh Mohammadnejad***

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive program on quality of life and happiness of psychiatric hospital caregivers. It was a quasi-experimental study with pre- post test design and control group. Forty nurses working in Shahid Zare hospital were selected with convenient sampling and randomly assigned into two experimental (n=20) and control (n=20) groups in 2016. Quality of life questionnaire and Oxford Happiness Inventory was used as data gathering scale in pretest and posttest. The intervention included eight sessions of cognitive-based mindfulness program that was carried out with a one-week interval for experimental group. The results of analysis of covariance showed that the mean score of QOL and its subscales in the experimental group were significantly higher than the control group. Analysis of covariance showed a significant difference between the two groups in post-test scores of happiness; so that the experimental group had higher scores. According to the results of this study, mindfulness-based cognitive program is an effective strategy for improvement of quality of life and happiness of nurses. Based on harmful effects of stress on nurses in psychiatric wards, mindfulness techniques can be applied for enhancement of positive behaviors related to health.

Keywords: Cognitive planning based mindfulness; happiness; nurses; quality of life.

* Graduate student of Islamic Azad University, Sari Branch

** Professor University of social welfare and rehabilitation sciences

*** Master of Science in Islamic Azad University, Sari Branch

received: 2017-02-13

accepted :2017-11-14

DOI: 10.22051/psy.2017.14067.1348