

تأثیر درمان شناختی رفتاری واحد پردهای بر نشخوار فکری و نگرانی پرستاران در زمان همه‌گیری بحران کرونا

خدیجه محمدی^۱، مجید غفاری^۲

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۲/۰۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با شروع بحران کرونا، پرستاران دچار مشکلات روان‌شناختی متعددی شدند که این مشکلات نیاز به مداخلاتی داشتند. هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری واحد پردهای بر نشخوار فکری و نگرانی پرستاران در زمان همه‌گیری بحران کرونا بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی پرستاران بیمارستان‌های شهید بهشتی و شهید یحیی‌نژاد شهر بابل در سال ۱۴۰۰ بوده که حجم نمونه آماری ۳۰ نفر تعیین و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی و با روش قرعه‌کشی در دو گروه مداخله و کنترل گمارده شدند. درمان شناختی رفتاری واحد پردهای در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه مداخله اجرا شد درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های نشخوار فکری نالن-هوکسما و مارو و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل کوواریانس تک متغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح آماری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان شناختی رفتاری واحد پردهای بر نشخوار فکری و نگرانی پرستاران تأثیر داشت ($P < ۰/۰۰۱$). میزان این تأثیر بر اساس ضریب اتا بر نشخوار فکری ۰/۴۸ و بر نگرانی ۰/۵۳ بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مشاوران و برنامه‌ریزان در حیطه سلامت، مداخلات مبتنی بر درمان شناختی رفتاری واحد پردهای را گسترش دهند تا از این طریق آگاهی پرستاران نسبت به نگرانی‌های شغلی افزایش یابد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، بحران کرونا، پرستاران، واحد پردهای، نشخوار فکری، نگرانی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره اول، پیاپی ۱۶۲، فروردین ۱۴۰۲، ص ۳۷-۴۶

آدرس مکاتبه: بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۳۷۶۲۲۱۸۶۴

Email: mmoeinfard88@gmail.com

مقدمه

شیوع ویروس کرونا و پیامدهای اجتماعی مرتبط با سلامت، یکی از مهم‌ترین وقایع اجتماعی بشر در قرن ۲۱ است (۱). آنچه این شیوع را متمایز کرده است، رفتارهای غیرمنطقی افراد به علت ترس از قرار گرفتن در معرض این بیماری است. این بیماری درگیری‌های ذهنی مهمی در افراد ایجاد کرده است که شامل جدی بودن خطر بیماری، غیرقابل پیش‌بینی بودن اوضاع و مشخص نبودن زمان کنترل بیماری است (۲). خط اول مقابله با همه‌گیری‌های خاص، کارکنان بهداشتی بیمارستان‌ها هستند که جان خود را برای انجام وظایف محوله در معرض خطر قرار می‌دهند (۳). در این میان،

پرستاران نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی دارند؛ چراکه بزرگ‌ترین نیروی انسانی فعال سازمان‌های مراقبتی بهداشتی محسوب می‌شوند (۴). پرستاران به دلیل تماس نزدیک با بیماران کووید-۱۹ در برابر عفونت آسیب‌پذیر بوده و می‌توانند ویروس را در بین همکاران و اعضای خانواده گسترش دهند. کمبود تجهیزات حفاظت فردی می‌تواند منجر به بیمار شدن آنان طی مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ شده و حداقل ۱۴ روز دوری از محیط کار را منجر شود. از این‌رو، کاهش نیروی پرستاری، افزایش بارکاری دیگر کارکنان و خستگی مفرط در بین پرستاران بروز خواهد کرد و آن‌ها را دچار درگیری‌های ذهنی نظیر نشخوار فکری می‌نماید (۵).

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ متخصص مشاوره خانواده، بهشهر، ایران

نیاز به مداخلاتی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی آن‌ها می‌باشد. یکی از درمان‌های مؤثر در این زمینه درمان شناختی- رفتاری واحد پردازهای است (۱۴). درمان شناختی- رفتاری واحد پردازهای یک برنامه انعطاف‌پذیر است و بر راهبردهای محوری تأکید دارد که گرایش‌های رفتاری، هیجانی و شناختی زیربنای مشترک در تمام اختلالات اضطرابی را هدف درمان قرار می‌دهد (۱۵). این درمان شامل ۱۳ فن درمانی (پردازنده‌ای)، خودپایشی، آموزش روان، مواجهه، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، راهبردهای تقویت‌کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان است که استفاده از این فنون به نیاز فرد، مشکل مراجعه‌کننده و وضعیت خانوادگی آن‌ها بستگی دارد (۱۶).

شیپاردسون و همکاران^۱، در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری واحد پردازهای موجب کاهش نشخوار فکری و اضطراب بیماران تحت مطالعه آن‌ها شده است (۶). پوزا و دیتور^۲، در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری واحد پردازهای موجب کاهش نشخوار فکری و نشانگان بالینی شده است (۱۷). عباسی و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازهای در کاهش علائم نگرانی و اضطراب تأثیر داشت (۱۵). السازیر و همکاران^۳، نشان داد که درمان شناختی-رفتاری واحد پردازهای باعث کاهش نگرانی و افسردگی شده است (۱۸).

اگرچه تحقیقات پیشین تاریخچه مثبتی برای درمان شناختی- رفتاری واحد پردازهای ارائه داده است اما حمایت یکپارچه‌ای مبنی بر اثر این نوع درمان بر پرستاران بخش بیماران مبتلا به کرونا وجود ندارد. با توجه به کمبود تحقیقات در زمینه تأثیر درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای بر نشخوار فکری و استرس در جامعه پرستاران بخش بیماران مبتلا به کرونا و با توجه به اینکه پرستاران بخش بیماران کرونایی در معرض خطر به دست آوردن تجارب منفی در طول زندگی می‌باشند، لذا لازم است تا اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای بر نشخوار فکری و استرس در پرستاران بخش بیماران کرونایی بررسی شود. بنابراین این پژوهش باهدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای بر نشخوار فکری و استرس ادراکی پرستاران در زمان همه‌گیری بحران کرونا انجام شد.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر، از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و از نظر میزان کنترل محقق بر متغیرهای تحقیق از نوع پژوهش‌های

به راین اساس، یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر پرستاران در زمان شیوع ویروس کرونا نشخوار فکری می‌باشد (۶). نشخوار فکری شکلی از افکار تکراری است که می‌توان از آن به‌عنوان اندیشه‌های ارزیابانه در مورد علل احتمالی و پیامدهای احساس غم و افسردگی یاد کرد (۷). نشخوار فکری، مجموعه افکار منفعلانه‌ای هستند که جنبه تکراری دارند، بر علل و نتایج علائم متمرکزند و مانع حل مسئله سازش یافته شده و به افزایش افکار منفی می‌انجامند. نشخوار فکری یک روش تنظیم شناختی هیجانی ناپه‌نجا است که افراد در پاسخ به تجربه یک خلق منفی از خود نشان می‌دهند (۸). نشخوار فکری دارای پیامدهای منفی از جمله افزایش طول مدت خلق منفی، تشدید افکار بدبینانه، کاهش انگیزه برای به‌کارگیری رفتارهای مؤثر و آسیب زدن به توانایی حل مسئله می‌شود. پژوهشی به بررسی عوامل مرتبط با نشخوار فکری پرداخته است. از جمله این متغیرها استرس ادراکی است که در مطالعات مختلف نقش مستقیم آن موردبررسی قرار گرفته است (۹).

شغل یکی از مهم‌ترین دلایل استرس در زندگی است. در این میان پرستاران به دلیل ماهیت شغلی خود و نیاز به مهارت و تمرکز بالا با استرس شغلی بیشتری مواجه هستند (۱۰). پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیماران مبتلا به کرونا ممکن است به علت رویدادهای خاص ناشی از محیط کار و بیماران متحمل بالاترین نگرانی و استرس گردند (۱۱). افراد در موارد استرس‌زا برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات خود، راهبردهای مقابله با نگرانی را به کار می‌برند که نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی آن‌ها ایفا می‌کند. استرس یک واکنش در مقابل تهدید ادراک‌شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و در نتیجه سازگاری‌های فیزیولوژیک می‌شود (۱۲). نگرانی‌های شدید یا طولانی می‌تواند منجر به شروع، تشدید و تداوم بسیاری از کسالت‌های روانی و جسمانی گردد. استرس درک شده ناشی از درک شرایط استرس‌زا و ارزیابی توانایی خود برای مقابله با عوامل استرس‌زا می‌باشد که در آن اثرات روی افراد بیشتر از عوامل استرس‌زای واقعی است. واکنش هر فرد به همان عوامل بالقوه استرس‌بستگی دارد و این تفاوت‌ها بر میزان ارزیابی و توانایی حل مشکل تأثیر می‌گذارد (۱۳).

با توجه به شیوع جهانی ویروس کرونا، مرگ‌ومیر بسیار بالایی ناشی از این ویروس و میزان بالای نگرانی و استرس ناشی از این ویروس در پرستاران که در ارتباط مستقیم با این بیماران هستند،

3. Elsaesser et al

1. Shepardson et al

2. Pozza & Dèttore

نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه پرستاران بیمارستان‌های شهید بهشتی و شهید یحیی‌نژاد شهر بابل که در سال ۱۴۰۰ که بالغ بر ۳۳۷ نفر بود. جهت انتخاب نمونه با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از پرستاران به‌عنوان نمونه انتخاب و با گمارش تصادفی، ۱۵ نفر در گروه مداخله و ۱۵ نفر در گروه کنترل تقسیم شدند. تعداد نمونه لازم بر اساس مطالعات مشابه، مانند پژوهش فاریابی و همکاران (۱۹) با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد.

بعد از تخصیص تصادفی با روش قرعه‌کشی (بدین‌صورت که لیست پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش یادداشت شد و به شکل کاملاً تصادفی ۱۵ نفر اول در یک گروه و ۱۵ نفر بعدی در گروه دیگر قرار گرفت)، پیش‌آزمون به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته برای گروه‌ها اجرا و پس‌از آن برای آزمودنی‌های گروه مداخله جلسات (۱۰ جلسه) درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای برگزار شد. پس از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً از لحاظ متغیرهای وابسته به‌عنوان پس‌آزمون موردبررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل پرستار بیمارستان‌های شهید بهشتی و شهید یحیی‌نژاد شهر بابل، داشتن حداقل تحصیلات لیسانس و عدم

دریافت سایر مداخلات بود. معیار خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت‌کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند ج) در پایان از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد. د) شرکت‌کنندگان در صورت تمایل هر زمانی که می‌خواستند از ادامه مشارکت می‌توانستند انصراف دهند. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.108 بود.

گروه مداخله درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای را طی ۱۰ جلسه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول دو ماه و نیم به‌صورت جداگانه دریافت نمودند. مداخله درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای توسط متخصص روانشناسی که دوره درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای را گذرانده بود در بیمارستان شهید روحانی شهر بابل انجام شد. پرسشنامه‌ها در همان مکان توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل و بازگردانده شد. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای در جدول ۱ ارائه شده است (۱۵).

جدول (۱): خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی- مقدمه- تشریح مسئله- عادی‌سازی مسئله و یادگیری در مورد اضطراب- منطق درمان و ساخت نردبان ترس
دوم	مرور فعالیت‌های تمرینی- عیب‌یابی نتایج آن‌ها- بررسی نردبان ترس- مواجهه زنده یا خیالی- ساخت دماسنج ترس- بررسی فرم ثبت تمرین- خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل- عیب‌یابی نتایج آن‌ها- بررسی نردبان ترس- بررسی دماسنج ترس- تمرین مواجهه خیالی- بررسی تمرین جلسه آینده- بررسی فرم ثبت تمرین- خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
چهارم تا هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل- عیب‌یابی نتایج آن‌ها- بررسی نردبان ترس- بررسی دماسنج ترس- تمرین مواجهه خیالی و زنده- حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی- بررسی تمرین جلسه آینده- بررسی فرم ثبت تمرین- خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل- عیب‌یابی نتایج آن‌ها- بررسی نردبان ترس- بررسی دماسنج ترس- تمرین مواجهه خیالی و زنده- حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی- بازسازی شناختی- بررسی تمرین جلسه آینده- بررسی فرم ثبت تمرین- خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
نهم	مرور تکالیف جلسه قبل- عیب‌یابی نتایج آن‌ها- بررسی نردبان ترس- بررسی دماسنج ترس- تمرین مواجهه خیالی و زنده- حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباط کلامی- بازسازی شناختی- پیشگیری از بازگشت بیماری- بررسی تمرین جلسه آینده- بررسی فرم ثبت تمرین- خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
دهم	مرور تکالیف جلسه قبل- عیب‌یابی نتایج آن‌ها- بررسی نردبان ترس- بررسی دماسنج ترس- تمرین مواجهه خیالی و زنده- حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباط کلامی- بازسازی شناختی- پیشگیری از بازگشت بیماری- بررسی تمرین جلسه آینده- بررسی فرم ثبت تمرین- خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش و پس‌آزمون

ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های نشخوار فکری نالن-هوکسما و مارو^۱ (۱۹۹۱) و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسلوانیا (۱۹۹۰) بود.

پرسشنامه نشخوار فکری، یک پرسشنامه ۲۲ سؤالی است که به‌منظور بررسی میزان نشخوار فکری افراد توسط نالن-هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ طراحی شد. این پرسشنامه ۳ مؤلفه دارد که عبارت‌اند از: " بروز دادن (بازتاب)، در فکر فرورفتن، افسردگی". سؤالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱ مؤلفه‌ی بروز دادن (بازتاب) را می‌سنجد. سؤالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶ مؤلفه در فکر فرورفتن را می‌سنجد. سؤالات ۱ تا ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲ مؤلفه افسردگی را می‌سنجد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت: همیشه (۴)، تقریباً همیشه (۳)، تقریباً هرگز (۲)، هرگز (۱) صورت می‌گیرد. دامنه نمره‌ها در این آزمون از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد و نمره کل نشخوار فکری به‌وسیله جمع همه داده‌ها محاسبه می‌شود. در نسخه اصلی پرسشنامه، میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ و میزان پایایی با روش بازآزمایی را ۰/۶۷ گزارش شد (۲۰). در پژوهش انصاری و همکاران، میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد و روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تأیید قرار گرفت (۲۱). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ موردبررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه نگرانی: پرسشنامه نگرانی ایالت پنسلوانیا یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی ۱۶ سؤالی است که توسط مایر و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است و نگرانی شدید، مفرط و

غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت ۵ درجه‌ای است. به هر سؤال نمره ۱ (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (خیلی زیاد) تعلق می‌گیرد. ۱۱ سؤال پرسشنامه به‌صورت مثبت و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. در نسخه اصلی پرسشنامه ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه موردبررسی قرار گرفت که حاکی از پایایی و روایی مطلوب آن می‌باشد (۲۲). این پرسشنامه در ایران توسط دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی، هنجاریایی شده و ضریب آلفای کرونباخ: ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۹ برآورد گردید و روایی همگرایی پرسشنامه با سیاهه اضطراب صفت-حالت و سیاهه افسردگی بک را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۴۳ گزارش کردند (۲۳). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ موردبررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. هدف از انجام تحلیل کوواریانس مقایسه دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله (پس‌آزمون) با توجه به کنترل پیش‌آزمون می‌باشد.

یافته‌ها

توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک نمونه در دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک نمونه در دو گروه مداخله و کنترل

متغیرها	طبقات	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	کنترل	۴	۲۶/۷
		مداخله	۸	۵۳/۳
زن		کنترل	۱۱	۷۳/۳
		مداخله	۷	۴۶/۷
تعداد کل	-	کنترل	۱۵	۱۰۰
		مداخله	۱۵	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	کنترل	۳	۲۰
		مداخله	۹	۶۰
	متأهل	کنترل	۱۲	۸۰

^۱. Hoeksema- Nolen & Maroo

متغیرها	طبقات	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
سن	زیر ۳۰ سال	مداخله	۶	۴۰
		کنترل	۱۵	۱۰۰
		مداخله	۱۵	۱۰۰
		کنترل	۶	۴۰
		مداخله	۷	۴۶/۷
		کنترل	۸	۵۳/۳
سابقه کاری	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	مداخله	۶	۴۰
		کنترل	۱	۶/۷
		مداخله	۲	۱۳/۳
		کنترل	۳	۲۰
		مداخله	۴	۲۶/۷
		کنترل	۹	۶۰
تعداد کل	۲۱ سال به بالا	مداخله	۸	۵۳/۳
		کنترل	۳	۲۰
		مداخله	۳	۲۰
		کنترل	۱۵	۱۰۰
		مداخله	۱۵	۱۰۰
		کنترل	۱۵	۱۰۰

در جدول ۳، شاخص‌های آمار توصیفی نشخوار فکری و نگرانی را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه مداخله و کنترل ارائه شده است.

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشخوار فکری و نگرانی در گروه‌های مداخله و کنترل

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	انحراف استاندارد \pm میانگین	انحراف استاندارد \pm میانگین
نگرانی	کنترل	$۴۷/۴۸ \pm ۵/۶۱۲$
	مداخله	$۴۸/۳۳ \pm ۵/۳۲۰$
نشخوار فکری	کنترل	$۶۱/۰۸ \pm ۷/۱۸۶$
	مداخله	$۶۱/۷۴ \pm ۶/۳۲۴$

نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است، اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نشد.

قبل از تحلیل داده‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل خطی، هم خطی بودن، چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون موردبررسی

با توجه به جدول ۳، میانگین متغیر نگرانی میانگین گروه مداخله در مرحله $۴۸/۳۳$ می‌باشد که در مرحله پس‌آزمون به $۳۸/۶۰$ کاهش یافته است. همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد میانگین متغیر نشخوار فکری گروه مداخله در مرحله پیش‌آزمون $۶۱/۷۴$ می‌باشد که در مرحله پس‌آزمون به $۵۲/۲۰$ کاهش یافته است. به عبارتی نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون

قرار گرفتند و نتایج حاکی از تأیید آن‌ها بود. نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل واریانس یک‌راهه با کنترل پیش‌آزمون انجام شد. که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های بر نشخوار فکری و نگرانی پرستاران در زمان همه‌گیری بحران کرونا

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
				۷۴۶/۸۵	۱	۷۴۶/۸۵	بین گروهی
۱	۰/۴۸	۰/۰۰۱	۳۰/۲۹	۲۴/۶۵	۲۹	۶۹۰/۲۱	درون گروهی
					۳۰	۱۴۳۷/۶۰	کل
				۹۵۸/۲۷	۱	۹۵۸/۲۷	بین گروهی
۱	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۳۳/۰۲	۲۹/۰۲	۲۹	۸۱۲/۶۶	درون گروهی
					۳۰	۱۷۷۰/۹۳	کل

که در آن قرار دارند می‌شود (۱۲). علاوه بر این، با توجه به این‌که در شغل پرستاری میزان نشخوار فکری دچار تغییراتی می‌گردد و این مشکلات منجر به ازکارافتادگی قابل‌توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی، اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن، خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۷). درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های یک برنامه انعطاف‌پذیر است و بر استراتژی‌های محوری تأکید دارد که گرایشات رفتاری، هیجانی و شناختی زیربنای مشترک در تمام اختلالات اضطرابی را هدف درمان قرار می‌دهد. این درمان بر این اساس استوار است که آموزش مهارت‌هایی جهت شناسایی خطرهای غیرواقعی از اهمیت زیادی برخوردار است تا بدانند در چه موقع اضطراب غیرضروری است. پرستاران به علت شرایط شغلی سطح استرس بالایی را تجربه می‌کنند حضور در جلسات درمانی به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند نگرانی‌های خود را در گروه مطرح کنند و با افکار خود آشنا شود (۱۶). از طرفی، گروه‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک می‌رسند که دیگران نیز مانند آنان نیز مشکلاتی دارند. حضور در جلسات گروه‌درمانی شناختی رفتاری واحد پردازش‌های باعث می‌گردد تا پرستاران با افکار منفی خود آشنا شده و روش‌های مقابله با این افکار منفی را فرا بگیرند، همچنین بیان افکار باعث می‌گردد تا از دغدغه همکاران نیز آگاه شده و حس همکاری مشترک بهبود یابد و در کنار آن روش‌های فعال و کارآمدی برای کاهش استرس‌ها فرا بگیرند.

با توجه به نتایج جدول ۴ می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های بر نشخوار فکری و نگرانی مؤثر بود ($P < 0/001$). مجذور اتا نشان داد درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های، ۴۸ درصد از تغییرات نشخوار فکری و ۵۳ درصد از تغییرات نگرانی پرستاران در زمان همه‌گیری بحران کرونا را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های بر نشخوار فکری پرستاران تأثیر دارد. نتایج این پژوهش با سایر یافته‌ها همسو بود. فردریک^۱ و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های موجب کاهش نشخوار فکری و اضطراب بیماران تحت مطالعه آن‌ها شده است (۱۶). پوزا و دیتور^۲، در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های موجب کاهش نشخوار فکری و نشانگان بالینی شده است (۱۷). مطالعه‌ای ناهم‌سو با این پژوهش یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پرستاران ازجمله افراد جامعه هستند که توجه به سلامت روانی آن‌ها بسیار حائز اهمیت است. داشتن روحیه امید، سرزندگی و شادابی می‌تواند تأثیر به سزایی در نحوه کارکرد و فعالیت آن‌ها داشته و به‌نوبه خود موجبات شادی نسل بعد را فراهم کند. استرس ادراکی در پرستاران سبب گرایش بیش‌ازحد به انتقاد و قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیتی

². Pozza & Dèttore

¹ Frederick

آموزش درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای و آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار، نگرش‌های خودآیند منفی را کاهش می‌دهد و در نتیجه این افکار کاهش می‌یابد (۱۵).

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای بر استرس ادراکی پرستاران تأثیر دارد. نتایج این یافته با سایر یافته‌ها همسو بود. عباسی و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازهای در کاهش علائم نگرانی و اضطراب تأثیر داشت (۱۵). السازیر و همکاران، نشان داد که درمان شناختی-رفتاری واحد پردازهای باعث کاهش نگرانی و افسردگی شده است (۱۸). مطالعه‌ای ناهم‌سو با این پژوهش یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پرستاران به دلیل تماس نزدیک با بیماران کووید-۱۹ در برابر عفونت آسیب‌پذیر بوده و می‌توانند ویروس را در بین همکاران و اعضای خانواده گسترش دهند. همچنین پرستاران به علت نیاز به مهارت و تمرکز بالا، کار تیمی قوی و ارائه مراقبت دقیق با استرس شغلی بیشتری مواجه هستند (۱۱). پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه ممکن است به علت رویدادهای خاص ناشی از محیط کار و بیماران متحمل بالاترین استرس گردند. افراد در موارد استرس‌زا برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات خود، راهبردهای مقابله با استرس را به کار می‌برند که نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی آن‌ها ایفا می‌کند (۲۰). در درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای فرض زیربنایی آن است که تغییر شناخت، منجر به تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز می‌شود، درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای به فرد می‌آموزد که شناخت‌ها و افکار خود را مورد کاوش، ارزیابی و تغییر قرار دهد و افراد دارای اختلال اضطرابی نیز همین کار را در خصوص عوامل اضطراب‌زا و نگران‌کننده انجام می‌دهد. همچنین، این کاوش و ارزیابی افکار و شناخت‌ها و نظم دادن به آن‌ها به ارتقاء توانایی فرانشاخت فرد کمک می‌کند و استراتژی‌های فرانشاختی و پردازش عمیق را تقویت می‌کند، در نتیجه با تغییر باورها و شناخت‌های نادرست، میزان نگرانی و استرس و نشخوارهای فکری را کاهش می‌دهد (۱۸). جلسات درمانی شناختی رفتاری واحد پردازهای باعث می‌گردد افراد اطلاعات زیادی در مورد واکنش به استرس به دست آورند، خودگویی‌های منطقی برای موقعیت‌های اضطرابی یاد بگیرند و بازسازی شناختی را در موقعیت‌های هیجانی فرا گیرند. این مهارت‌ها، به پرستاران امکان می‌دهد دیدگاه متعادلی در موقعیت‌های استرس‌زای بیمارستانی داشته باشند (۱۴).

اما محدودیت‌هایی در این زمینه موجود بود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان اشاره کرد که بررسی‌ها و مصاحبه‌ها مطابق با

چند جلسه روان درمانی بوده است و زمان برای دوره‌های پیگیری نیز وجود نداشت. جلسات آموزش درمان هم با مشکلات زیادی نظیر توجیه حضور به موقع در جلسات، غیبت نکردن از جلسات درمانی و موارد دیگر همراه بود. همچنین از آنجایی که مطالعه در شهر بابل بدین معنی که تنها در یک مکان و شهر انجام شده است در تعمیم نتایج به کل کشور یا کل پرستاران باید احتیاط صورت گیرد. در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند. با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های مختلف از سایر مداخلات درمانی استفاده شود. در بعد کاربردی به درمانگران مرتبط با این حیطه پیشنهاد می‌شود، در ابتدا آموزش‌های لازم در ارتباط با درمان ذهن آگاهی را دریافت کرده، سپس درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای را برای پرستاران با مشکلات روان‌شناختی مانند نشخوار فکری و نگرانی که به آن‌ها مراجعه می‌کنند جهت بهبودی این‌گونه افراد به کار برند تا پذیرد تا آسیب‌های روان‌شناختی کمتری را تجربه کنند. همچنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی مدت پیگیری لحاظ گردد تا تعمیم‌پذیری بیشتری صورت گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مشاوران و برنامه‌ریزان در حیطه سلامت، مداخلات مبتنی بر درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای را گسترش دهند تا از این طریق آگاهی پرستاران نسبت به نگرانی‌های شغلی افزایش یابد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی نویسنده اول است و در شورای تخصصی پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.108 مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۱ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر به تأیید رسیده است. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از کلیه پرستاران بیمارستان‌های شهید بهشتی و شهید یحیی نژاد شهر بابل که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند. همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر و اساتید محترم که با حمایت‌های معنوی خود موجب تسهیل انجام مطالعه شدند، قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

- 1-Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med* 2020;13(4):57-71.
- 2 -Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, Wu X, Xiang YT. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med* 2021;51(6):1052-3.
- 3 -Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395(10223):497-506.
- 4 -Asadi N, Memarian R, Vanaki Z. Motivation to care: A qualitative study on Iranian nurses. *J Nurs Res* 2019;27(4):42-34. (Persian)
- 5 -Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *Plos One* 2020;15(8):237-52.
- 6 -Shepardson RL, Funderburk JS, Weisberg RB, Maisto SA. Brief, modular, transdiagnostic, cognitive-behavioral intervention for anxiety in veteran primary care: Development, provider feedback, and open trial. *Psychol Serv* 2022;4(2):124-36.
- 7- Satici B, Saricali M, Satici SA, Griffiths MD. Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *Inter J Men Health Addic* 2022;20(5):2731-42.
- 8 -Shigemoto Y. Association between daily rumination and posttraumatic growth during the COVID-19 pandemic: An experience sampling method. *Psychol Trauma Theory Res Prac Policy* 2022;14(2):229-45.
- 9 -Schut DM, Boelen PA. The relative importance of rumination, experiential avoidance and mindfulness as predictors of depressive symptoms. *J Cont Behavi Sci* 2017;6(1):8-12.
- 10 -Bordbari S, Mousabeygi T, Zare H. Prediction of Marital Commitment based on Flourishing, Self-Compassion and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Nurses. *J Health Care* 2022;24(1):28-39. (Persian)
- 11 -Talebi M, Raziei F, Seif M, Ahmadiania H. Attitude of Operating Room Students of Hamadan University of Medical Sciences toward Their Discipline and Future Career during the Corona Virus Epidemic. *J Health Care* 2021;23(2):156-64. (Persian)
- 12 -Wang X, Luo R, Guo P, Shang M, Zheng J, Cai Y, Mo PK, Lau JT, Zhang D, Li J, Gu J. Positive Affect Moderates the Influence of Perceived Stress on the Mental Health of Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Inter J Envir Res Pub Health* 2022;19(20):136-51.
- 13 -Zhang Q, Dong G, Meng W, Chen Z, Cao Y, Zhang M. Perceived stress and psychological impact among healthcare workers at a Tertiary Hospital in China during the COVID-19 outbreak: the moderating role of resilience and social support. *Front Psychiatry* 2022;12:57-74.
- 14 -Elsaesser M, Herpertz S, Piosezyk H, Jenkner C, Hautzinger M, Schramm E. Modular-based psychotherapy (MoBa) versus cognitive-behavioural therapy (CBT) for patients with depression, comorbidities and a history of childhood maltreatment: study protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open* 2022;12(7):576-90.
- 15 -Abbasi Z, Amiri S, Talebi H. The effectiveness of Modular Cognitive-Behavioral Therapy (MCBT) on reducing the symptoms of separation anxiety in 6 and 7 year old children. *Clin Psychol Pers* 2020;13(2):51-64. (Persian)
- 16-Frederick J, Ng MY, Valente MJ, Chorpita BF, Weisz JR. Do specific modules of cognitive behavioral therapy for depression have measurable effects on youth internalizing symptoms? An idiographic analysis. *Psycho Res* 2022;30(2):1-7.

17. Pozza A, Dèttore D. Modular cognitive-behavioral therapy for affective symptoms in young individuals at ultra-high risk of first episode of psychosis: Randomized controlled trial. *J Clin Psychol* 2020;76(3):392-405.
- 18 -Elsaesser M, Herpertz S, Pioseczyk H, Jenkner C, Hautzinger M, Schramm E. Modular-based psychotherapy (MoBa) versus cognitive behavioural therapy (CBT) for patients with depression, comorbidities and a history of childhood maltreatment: study protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open* 2022;12(7):576-82.
- 19- Faryabi M, Rafieipour A, Haji -Alizadeh K, Khodavardian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety, perceived stress and pain coping strategies for patients with leukemia. *Feyz* 2020;24(4):424-32. (Persian)
20. Nolen-Hoeksema S, Treynor W, Gonzalez R. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cog Ther Res* 2003;27(3):247-59.
21. Ansari B, Tasbihsazan S R, Khademi A L, Rezaei K. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on worry, rumination and asthma control in patients with asthma. *Nurs Mid J* 2021;19(4):287-98. (Persian)
22. Davey CLG, Wells A. *Worry And Its Psychological Disorders Theory, Assessment and Treatment*. London: Wiley; 2006.
- 23- Deshiri Gh, Golzari M, Barjali A, Sohrabi F. Psychometric properties of the Persian version of the Pennsylvania State Anxiety Questionnaire in students. *J Clin Psychol* 2013;1(4):67-75.

THE EFFECT OF PROCESSING-BASED COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY ON RUMINATION AND WORRY OF NURSES DURING THE CORONA CRISIS EPIDEMIC

Khadijeh Mohammadi^{*1}, Majid Ghaffari²

Received: 10 February, 2023; Accepted: 29 April, 2023

Abstract

Background & Aim: With the onset of the Corona crisis, nurses suffered from many psychological problems that needed interventions. The present study aimed to determinate the effect of process-based cognitive behavioral therapy on rumination and worry of the nurses during the Corona crisis epidemic.

Materials & Methods: The present research method was semi-experimental with pre-test and post-test along with a control group. The statistical population was all the nurses of Shahid Beheshti and Shahid Yahyanejad hospitals in Babol City in 2021. The statistical sample size was 30 people, which were selected by convenience sampling method and randomly assigned by lottery method to two experimental and control groups. The process-based cognitive behavioral therapy was implemented in 10 sessions of 90 minutes for the experimental group, and the control group did not receive any training. Nalen-Hoeksma, Maro's rumination, and Penn state worry questionnaires were used as research tools to collect data. Data analysis was done with descriptive statistics (mean and standard deviation) and univariate covariance analysis using SPSS version 22 software at a statistical level of 0.05.

Results: The results showed that process-based cognitive behavioral therapy had an effect on rumination and worry of the studied nurses ($P < 0.001$). The amount of this effect based on the eta coefficient was 0.48 on rumination and 0.53 on worry.

Conclusion: According to the results of this research, it is suggested that health-field consultants and planners expand interventions according to process-based cognitive behavioral therapy to increase nurses' awareness of occupational concerns.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Corona Crisis, Nurses, Processing Unit, Rumination, Worry

Address: Department of Psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran

Tel: +989376221864

Email: mmoeinifard88@gmail.com

Copyright © 2023 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University,

Behshahr, Iran (Corresponding Author)

² Ph.D of Family Counselor, Behshahr, Iran