




اثربخشی درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی

دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران
دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

وجیه سادات سیدی 

مریم مقدادی* 

ایمیل نویسنده مسئول: maghdadmaryam8@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۲۹

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۵ پیاپی ۱۹ | ۳۵-۲۱

زمستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(سیدی و مقدادی، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

سیدی، وجیه سادات، و مقدادی، مریم. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۲۱-۳۵، (۵)، ۴.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی بود. روش پژوهش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه می باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی در شهر تهران می باشد که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر) گروه آزمایش و (۱۵ نفر) گروه گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (۲۰۰۴) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های اضطراب دندانپزشکی استوتارد، ملنبرگ و هوگاستراتن (۱۹۹۳)، تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، کرایچ و اسپینهوون (۲۰۰۱) و استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) بوده است. نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS.22 تحلیل شد. یافته‌ها: نشان داد که درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تنظیم شناختی هیجان ($F=51/53$, $P<0/001$) و کاهش استرس ادراک شده ($F=15/25$, $P<0/001$) در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی تاثیر معناداری داشته است. نتیجه گیری: می‌توان نتیجه گرفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی موثر بود.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، تنظیم شناختی هیجان، استرس ادراک شده، اضطراب دندانپزشکی، زنان.

مقدمه

یکی از جنبه‌های تندرستی پرداختن به سلامت دهان و دندان می‌باشد، اما حضور در مطب دندانپزشکی و قرار گرفتن بر روی یونیت برای معاینه، اغلب چندان آسان و توأم با آرامش نیست (چاندراسخار و همکاران، ۲۰۱۷). گاهی این اضطراب چنان با ترس و وحشت توأم می‌شود که با بروز رفتارهای مقابله‌ای در بیماران، مجال ارائه هر نوع خدمات از سوی دندانپزشک را سلب می‌کند. شدت اضطراب در بیماران ممکن است تا ابعاد ناتوان‌کننده‌ای گسترش یافته و احساس مرگ قریب‌الوقوع در بیمار، وی و خانواده‌اش را از هرگونه اقدام تشخیصی یا درمانی دندانپزشکی منصرف نماید (تلز و همکاران، ۲۰۱۵). اضطراب دندانپزشکی به عنوان واکنش روان‌شناختی ترس نسبت به مداخلات دندانپزشکی تعریف می‌شود زیرا فرد گمان می‌کند این مداخلات آسیب‌رسان و خطرناک است (جانکویی و همکاران، ۲۰۱۴). ترس از درمان‌های دندانپزشکی رایج است و حدود ۶ تا ۱۵ درصد از جمعیت عادی از اضطراب دندانپزشکی رنج می‌برند (گریسولیا و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب دندانپزشکی در بین موقعیت‌های اضطراب‌زای شایع، رتبه پنجم را دارد (کنونینگام و همکاران، ۲۰۲۱). اگر چه اضطراب یک حالت هیجانی است که به افراد بهنجار جهت سازگاری و دفاع از خودشان در مقابل خطرات گوناگون کمک می‌کند، اختلالات اضطرابی در این پاسخ‌های انطباقی نقص ایجاد کرده و موجب واکنش‌های ناسازگارانه به شکل واکنش‌های افراطی یا تفریطی می‌شود (سواریز و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات مقطعی زیادی نشان داده‌اند که شیوع اضطراب دندانپزشکی با افزایش سن کاهش می‌یابد و زنان بیش از مردان این اضطراب را تجربه می‌کنند (بارتو، داس پرازرز، لیما، سوارز، ردیویو و همکاران، ۲۰۱۷).

بیماران مراجعه‌کننده به دندانپزشکی در بسیاری از موارد ترس‌های ناشناخته‌ای را نشان می‌دهند. کنترل استرس در طی اعمال دندانپزشکی یکی از مهمترین و اولین فاکتورهای موفقیت در درمان محسوب می‌شود. استرس واکنش در مقابل یک تهدیدکننده ادراک شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و سازگاری‌های فیزیولوژیک می‌شود. واکنش‌های فیزیولوژیک می‌شود. واکنش‌های فیزیولوژیک مذکور مستلزم درگیری وسیع سیستم عصبی خودکار و سایر قسمت‌های ارگانیزم از جمله غدد داخلی و سیستم ایمنی می‌باشد (جیمینز و همکاران، ۲۰۱۹). راهبردهای مقابله با استرس تلاش‌های شناختی و رفتاری است که افراد در موارد تنیدگی‌زا برای کنار آمدن با مسایل و مشکلات خود بکار می‌برند و نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی آنها ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای موثر باعث می‌شود که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیان‌بار آن تعدیل شود (میرا و همکاران، ۲۰۲۰). هر فرد در مقابل با شرایط استرس‌آفرین به سبک خاصی واکنش نشان می‌دهد. این سبک خاص می‌تواند هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و یا اجتنابی باشد (هاریس و همکاران، ۲۰۱۸).

در سبب‌شناسی اضطراب دندان‌پزشکی، توجه به دشواری در تنظیم شناختی هیجان‌حائز اهمیت است؛ چرا که اصولاً هیجان، نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کند و می‌توان آنها را واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که فرد آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کند مانند موقعیت‌های دندانپزشکی و این واکنش‌های زیستی

با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می دهد، همراه می شوند (دومارادزکا و فایکوسکا، ۲۰۱۸). تنظیم شناختی هیجانی، راهبردهایی است که افراد در شرایط پریشانی به کار می برند تا هیجان خود را کنترل کنند. هنگامی که فرد با یک موقعیت روبه رو می شود، احساس خوب و خوش بینی، به تنهایی برای کنترل هیجان های وی کافی نیست؛ بلکه وی نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد (رایز و همکاران، ۲۰۲۱). وجود تشابهات هیجانی بین انسان ها، باعث می شود که الگویی که هر فرد برای تنظیم هیجاناتش استفاده می کند، نتایج هیجانی متفاوتی به دنبال داشته باشد. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در دو دسته کلی مثبت و منفی طبقه بندی می شوند؛ راهبردهای مثبت شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه وسیع تر پذیرش، راهبردهای منفی شامل ملامت خویش، ملامت دیگران، فاجعه انگاری و نشخوار فکری یا تمرکز بر تفکر هستند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات مختلف نشان داده اند که توانمندی افراد در تنظیم شناختی -هیجانی می تواند نقش مهمی را در سازگاری فرد با وقایع استرس زای زندگی ایفا کند (لانگر و همکاران، ۲۰۲۱). گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که رابطه روشنی بین تجربه حوادث منفی، راهبردهای تنظیم شناختی - هیجان و مشکلات هیجانی وجود دارد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که استفاده از برخی راهبردهای تنظیم شناختی - هیجان، روی تجربه هر فرد از حوادث منفی زندگی تأثیر می گذارد.

با توجه به این مطالب، آموزش ذهن آگاهی می تواند به صورت درمان گروهی نقش مهمی در سلامت روانی ایفا کند، مشخصه های سلامت روان را که شامل بهزیستی جامع است، افزایش دهد و لزوم آن برای افزایش بهبود زندگی احساس شود. ذهن آگاهی، به زبان ساده به معنای به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می شود (گولدبرگ و همکاران، ۲۰۱۹). از نظر کابات زین (۱۹۸۳)، ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به زمان حال به شیوه ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. در حال حاضر، ذهن آگاهی به سرعت یک رویکرد موثر و کارآمد برای مقابله با مشکلات روزافزون است. اگر از منظر تحقیقات علمی به ذهن آگاهی نگاه کنیم، می توان گفت که در حال حاضر، بسیاری از روان شناسان بالینی از ذهن آگاهی به عنوان یک ابزار دارویی بسیار کارآمد برای کاهش استرس و اضطراب استفاده می کنند (یئوکسیل و ایلماز، ۲۰۲۰). استفاده از ذهن آگاهی و انجام پژوهش در این زمینه در سال های اخیر افزایش یافته است. درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بواسطه این که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می پردازد دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی از اختلالات بالینی و بیماری های جسمانی گزارش شده است. در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده اند (بروتو و همکاران، ۲۰۱۹). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود (تیکل و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین با توجه به مطالب بیان شده هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه این تحقیق را کلیه زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی در شش ماه اول سال ۱۴۰۰ که به مراکز دندانپزشکی تهران مراجعه کرده و تشکیل پرونده می‌دهند می‌باشد که از بین این زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار می‌گیرند. ابتدا توسط هر دو گروه پرسشنامه اضطراب، استرس ادراک شده و تنظیم شناختی هیجان تکمیل می‌شود و سپس گروه آزمایشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی دو ماه تحت آموزش مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی طبق مدل ارائه شده توسط سگال و همکاران (۲۰۰۴) قرار خواهند گرفت و پس از اتمام جلسات مجدداً هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل می‌کنند. معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در جلسات مداخله و تکمیل رضایت نامه آگاهانه کتبی، ابتلا به اضطراب دندان با استفاده از پرسشنامه اضطراب دندان پزشکی استوهارد، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی حاد یا مزمن، داشتن سن بین ۱۹ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی موازی و درمان‌های دارویی در شش ماه گذشته بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل بیمار برای تداوم مشارکت در تحقیق و عدم توانایی حضور در جلسات درمانی پیش‌بینی شده بیش از ۲ جلسه بودند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اضطراب دندانپزشکی. این پرسشنامه توسط استاترد، ملبرگ و هوگاستراتن (۱۹۹۳) ساخته شده است، یک پرسشنامه خود-گزارشی است که از ۳۶ گویه که به شکل اظهارات ترسناک درباره موقعیت‌های دندانپزشکی هستند، تشکیل شده است. گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای که شامل کاملاً غلط (نمره ۱) تا کاملاً درست (نمره ۵) است، پاسخ داده می‌شوند. در این پرسشنامه نمره ۳۶ (بدون اضطراب) نمره ۹۰ (اضطراب متوسط) و نمره ۱۸۰ (اضطراب شدید) است. تکمیل پرسشنامه ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم دارد و هیچ یک از گویه‌ها نمره‌گذاری معکوس ندارند. این پرسشنامه پس از کسب اجازه از سازندگان آن، توسط مؤلفان به فارسی ترجمه شد. سپس از یک متخصص زبان انگلیسی خواسته شد تا ترجمه را مورد بررسی و ارزیابی قرار بدهد. پس از این مرحله، پرسشنامه بر روی گروهی از دانشجویان کارشناسی ارشد روان‌شناسی اجرا شد و سپس ویرایش نهایی و برای اجرا آماده شد. در خصوص بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، مطالعات سازندگان اصلی پرسشنامه اضطراب دندانپزشکی نشان می‌داد که همسانی درونی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۶ تا ۰/۹۸ قرار داشت. نتایج پایایی باز آزمایی پرسشنامه در گروه‌های مختلف در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش یوسفی و پیری (۱۳۹۶)

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه، نشان گر استخراج یک عامل عمده بود؛ همچنین ساختار اکتشاف شده برای پرسشنامه اضطراب دندان پزشکی در جمعیت ایرانی از طریق تحلیل عاملی تأییدی، تأیید شد. همچنین همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ $\alpha=0/94$ و دو نیمه کردن $I=0/96$ ارزیابی شد که از میزان بالایی برخوردار بود. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، $0/78$ به دست آمد.

۲. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. این پرسشنامه‌ی توسط گرانفسکی، کرایج و اسپینهوون (۲۰۰۱) تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می باشد. گرانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده اند. این پرسشنامه مدرج پنج نمره ای (از همیشه یا هرگز) می باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می دهد و در مجموع نه عامل: ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم فارسی این مقیاس به وسیله‌ی سامانی و صادقی (۱۳۸۹) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان منفی، $0/78$ ، و خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان مثبت، $0/83$ و کل مقیاس $0/81$ به دست آمده است. ضریب روایی مقیاس $0/85$ گزارش شده است. همچنین مقیاس راهبردهای شناختی تنظیم هیجان از اعتبار و پایایی مناسب و رضایت بخشی برای استفاده در فرهنگ ایرانی برخوردار است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، $0/81$ به دست آمد.

۳. مقیاس استرس ادراک شده. این مقیاس توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه گردید. نسخه اصلی مقیاس استرس ادراک شده شامل ۱۴ آیتم است که میزان احساسات و افکار فرد را در ارتباط با رویدادها و موقعیت هایی که در طول یک ماه گذشته اتفاق افتاده است، ارزیابی می کند. این مقیاس که شامل ۱۴ آیتم است که در آن ۷ آیتم مثبت و ۷ آیتم منفی می باشد. عامل منفی عدم کنترل و واکنش های عاطفی منفی را ارزیابی می کند، در حالیکه عامل مثبت سطح توانایی مقابله با استرس زهای بیرونی را در طول یک ماه گذشته ارزیابی می کند. هر آیتم بر روی مقیاس ۵ گزینه ای هرگز (۰) تا خیلی اوقات (۴) ارزیابی می شود. این مقیاس شامل نمرات وارونه (۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳) می باشد. به عبارت دیگر تمام ۷ آیتم مثبت نمره گذاری وارونه دارند. همچنین دو نسخه ی کوتاه این پرسشنامه که عبارتند از PSS-4 و PSS-10، به ترتیب از ۴ و ۱۰ آیتم نسخه ی اصلی مقیاس ۱۴ سواله ی استرس ادراک شده کوهن و همکاران برگرفته شده است. حداقل سنی که باید نمونه های تحقیق داشته باشند ۱۷ - ۱۸ سال می باشند. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) با انجام پژوهشی روایی و پایایی مناسبی را برای این مقیاس گزارش کردند. در ایران اصغری و همکاران همسانی درونی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ بر روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان $0/84$ محاسبه کرده اند. همچنین روایی این پرسشنامه به روش های تحلیل عاملی، سازه و محتوایی مورد تایید قرار گرفته است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، $0/76$ به دست آمد.

۴. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پژوهش حاضر بر اساس پروتکل ارائه شده توسط سگال و همکاران (۲۰۰۴) مطابق جدول زیر ارائه شد.

جدول ۱. جلسات آموزشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال و همکاران، ۲۰۰۴)

تعداد جلسات	محتوای جلسات	تکالیف
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، لزوم استفاده از آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آشنایی با هدایت خودکار	ثبت وقایع خوشایند
جلسه دوم	آموزش مراقبه و آشنایی با هدایت خودکار، انجام تنفس آگاهانه و مراقبه ذهنی، تمرکز در مورد تمرین‌ها و حس کردن دقیق آنها	فضای تنفس ۳ دقیقه ای سه بار در هر روز
جلسه سوم	انجام ۳ دقیقه تنفس، انجام حرکات هوشیارانه، پیگیری تمرین‌های مراقبه و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن به صورت یک تفکر ذهن آگاهانه از طریق دیدن یا شنیدن	راه رفتن ذهن آگاهانه
جلسه چهارم	ماندن در لحظه حاضر، ۵ دقیقه دیدن یا شنیدن با شیوه آگاهانه، کشف تجارب ناخوشایند؛ کشف و تعریف مساله اضطراب.	مراقبه نشسته
جلسه پنجم	تاکید بر چگونه واکنش نشان دادن به آنچه که فکر و احساس می‌گردد، کشف تأثیرات تمرین‌های مراقبه بر ذهن و بدن و تمرین واکنش به الگوهای عادی شده.	مراقبه نشستن هدایت شده
جلسه ششم	آموزش نظارت آگاهانه، برقرار نمودن رابطه با افکار، آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، آموزش توجه به ذهن، توجه بدون قضاوت به افکار و اجازه دادن برای ورود و پذیرش آنها.	مراقبه هدایت شده ی کوتاه تر حداقل به مدت ۴۰ دقیقه.
جلسه هفتم	انجام تمرین‌های تنفس آگاهانه، توجه به اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها به علاوه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تأثیر آن بر ذهن و بدن.	فضای تنفس ۳ دقیقه ای نه تنها سه بار در روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجان‌ات ناخوشایند می‌شوند.
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون	-

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۱/۵ (۷/۸) و گروه گواه ۳۲/۲ (۷/۹) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۵ و ۳۷ سال و در گروه گواه، ۲۴ و ۳۸ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	میانگین	میانگین
		انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
تنظیم شناختی	آزمایش	۷۹/۳۰	۸۷/۰۵	۸۸/۲۰
	گواه	۷۸/۴۰	۷۸/۱۰	۷۹
استرس ادراک-	آزمایش	۲۶/۸۰	۱۹/۸۹	۲۰/۹۷
شده	گواه	۲۵/۴۱	۲۵/۴۹	۲۵/۴۵

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک‌شده در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف	آزمون لوین	موخلی
		درجه آزادی	درجه آزادی	موخلی
		آماره	آماره	آماره
تنظیم شناختی	آزمایش	۰/۸۳	۲۸	۰/۱۸۹
	گواه	۰/۸۹	۱/۶۶	۰/۸۹
هیجان	آزمایش	۰/۷۳	۲۸	۰/۲۴۹
استرس ادراک-	آزمایش	۰/۶۹	۲/۴۲	۰/۹۶
شده	گواه	۰/۱۷	۰/۱۹۴	۲/۱۸

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک‌شده نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک‌شده تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک‌شده در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
تنظیم	زمان	۴۱۸/۱۷	۱	۴۱۸/۱۷	۳۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴
شناختی	زمان*گروه	۲۳۰/۴۶	۱/۷۰	۱۶۰/۱۴	۷۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
هیجان	گروه	۱۵۰/۰۲	۱/۷۰	۱۰۴/۲۴	۵۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴
استرس	زمان	۳۷/۴۸	۲	۱۸/۷۴	۷۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱
ادراک‌شده	زمان*گروه	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۱۶۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	گروه	۱۳۱/۶۱	۱	۱۳۱/۶۱	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) معنادار است و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است که همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک‌شده

متغیر	گروه	مراحل	پس‌آزمون	پیگیری
تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	پیش‌آزمون	-۸/۲۰*	-۸/۷۷*
		پس‌آزمون	-	۱/۱۵
	گروه گواه	پیش‌آزمون	۰/۳۰	۰/۶۰
استرس ادراک‌شده	آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۶۰*	۸/۷۵*
		پس‌آزمون	-	۰/۲۹
	گروه گواه	پیش‌آزمون	۰/۰۸	۰/۰۳
		پس‌آزمون	-	۰/۰۶

* $P < 0.01$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره متغیر تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه آزمایش اثربخشی بالا بر روی افزایش تنظیم شناختی هیجان داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که تنظیم شناختی هیجان در مرحله پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. نمره متغیر استرس ادراک‌شده در گروه آزمایش

و در مرحله پس‌آزمون، پایین‌تر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بالا بر روی کاهش استرس ادراک شده داشته است. این نتایج نشان می‌دهند که استرس ادراک شده در مرحله پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری نداشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی بود. نتایج یافته‌ها نشان داد که درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اضطراب دندانپزشکی موثر بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش وزیری و همکاران (۲۰۱۷)، محمدی و همکاران (۲۰۱۹) و رضوی زاده و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کابالت‌زین (۱۹۸۵) اثرات بالقوه مهارت حضور ذهن بر اضطراب و هراس مطرح ساخته است. زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند. این درمانگران به زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی آموزش می‌دادند که به تمرینات هوایی و تنفس عمیق بپردازند و تحمل این حس‌ها را تمرین کنند تا بتوانند از نشانه‌های مربوط به آن رهایی یابند. در تمرینات حضور ذهن از زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی خواسته نمی‌شود که نشانه‌های هراسی در خود ایجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوری حس‌ها که طبیعتاً بروز می‌یابند، مورد ترغیب قرار می‌گیرد. ویژگی روش حضور ذهن آن است که زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیارگی متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آنها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال بیندیشد. اگرچه فن‌آوری، رشد و پیشرفت بشری به انسان‌ها امکان داده تا جهت درمان اضطراب دندان پزشکی نیازی به جابجایی فیزیکی نداشته باشند و در زمان و وقت آنها صرفه جویی شود ولی باید اذعان داشت که هنوز هم بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روانی در سایه هدایت و آموزش کوتاه مدت درمانگر قابل حل است (بورگس و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از مهارت‌های حضور ذهن که می‌تواند کمک کننده باشد، پذیرش می‌باشد. رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم محوری در بحث‌های رایج روان‌درمانی است (گولدرگ و همکاران، ۲۰۱۹). فردی که حملات هراس به خصوص اضطراب دندان پزشکی را تجربه می‌کند، ممکن است در رفتارهای ناسازگارانه متعددی، از جمله اجتناب از فعالیت‌های مبهم و گوش به زنگی مضطربانه و افراطی نسبت به حالت‌های بدنی برای پیشگیری از حملات آتی هراس درگیر شود؛ بنابراین درمان مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد بپذیرند که حملات هراس ممکن است گاه‌گاهی رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نیستند و اگرچه ناخوشایند هستند باید تحمل شوند و نباید از آنها اجتناب نمود یا آنها را خطرناک تلقی کرد (بورگس و همکاران، ۲۰۲۱).

بنابراین می‌توان گفت که درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش استرس ادراک شده و بهبود تنظیم شناختی هیجان در زنان

مبتلا به اضطراب دندان پزشکی می‌شود. همچنین مهارت حضور ذهن، زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی را که سابقه اضطراب دارند، متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش استرس ادراک شده می‌گردد (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹). در اصل، به طور نظری درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. این نکته با نتایج حاضر در مورد تأثیر درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان تأیید می‌شود. همانطور که گفته شد، در واقع به نظر می‌رسد که حضور ذهن درمانی شناختی از طریق آموزش کنترل توجه مؤثر واقع شود. در اصل فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل اضطراب و استرس، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایرادگیر و نگرشهای ناکارآمد است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد؛ بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (فارب و همکاران، ۲۰۱۸). حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم شناختی هیجان ایفا کند، همسو است. به طور کلی می‌توان گفت که رویکرد درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با یکپارچگی عناصری مانند، فلسفه دیالکتیک ذهن آگاهی، پذیرش، ارتباط و ... به همراه بهره‌گیری از انواع مراقبه به عنوان حوزه محوری در این رویکرد و همچنین توجه بیشتر بر کنترل توجه در درمان اختلالاتی مانند اضطراب دندان پزشکی و استرس ادراک شده و تنظیم شناختی هیجان، بر دیدگاه شرقی مبنی بر تعامل ذهن و بدن همراه با کارآمدی آنها در حیطه سلامتی و بهداشت روان، صحه می‌گذارد (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹).

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در نتیجه‌گیری و تعمیم نتایج باید به آن توجه شود. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر محدود بودن جامعه پژوهش به مبتلایان به اضطراب دندانپزشکی شهر تهران بود که تعمیم نتایج آن به کل جامعه را دچار مشکل می‌سازد. همچنین از آنجایی که بیماری‌های مزمن معمولاً چندوجهی بوده و نه تنها خود بیمار، بلکه خانواده بیمار را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، پیشنهاد می‌گردد به درمان‌های روان‌شناختی در خانواده‌های این بیماران، استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی در بخش دندانپزشکی بیمارستان‌ها، به منظور بهبود اضطراب دندانپزشکی و تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی توجه شود. به طور کلی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مداخله‌ای امیدوارکننده در جهت بهبود تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی است. یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به روان‌شناسان و مشاوران در راستای اصلاح تنظیم شناختی هیجان و استرس ادراک شده زنان مبتلا به اضطراب دندان پزشکی کمک‌های شایانی نماید.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش-نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

سامانی، سامانی، و صادقی، لادن. (۱۳۸۹). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی. ۱ (۱): ۵۱-۶۲.

References

- Asghari, F., Sadeghi, A., Aslani, K., Saadat, S., Khodayari, H. (2013). The Survey of Relationship between Perceived Stress Coping Strategies and Suicide Ideation among Students at University of Guilan, Iran. *International Journal of Education and Research*. 1(11): 111-118.
- Brotto, L. A., Bergeron, S., Zdaniuk, B., Driscoll, M., Grabovac, A., Sadownik, L. A., ... & Basson, R. (2019). A comparison of mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behavioral therapy for the treatment of provoked vestibulodynia in a hospital clinic setting. *The journal of sexual medicine*, 16(6), 909-923.
- Burgess, E. E., Selchen, S., Diplock, B. D., & Rector, N. A. (2021). A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(2), 380-398.
- Chandrasekhar, S., Madu, G. P., Ambati, N. R., Suravarapu, P. R., Uppu, K., & Bolla, D. (2017). Pioneering Strategies for Relieving Dental Anxiety in Hearing Impaired Children: a Randomized Controlled Clinical Study. *Journal of Dentistry*, 18(2), 112.
- Cohen, S.; Kamarck, T. & Mermelstein, R. A., (1983). "Global measure of perceived stress". *J Health Soc Behav*, 24: 385-396.
- Cunningham, A., McPolin, O., Fallis, R., Coyle, C., Best, P., & McKenna, G. (2021). A systematic review of the use of virtual reality or dental smartphone applications as interventions for management of paediatric dental anxiety. *BMC Oral Health*, 21(1), 1-11.
- Domaradzka, E., & Fajkowska, M. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in psychology*, 9, 856.
- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., ... & Segal, Z. V. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 200.

- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 48(6), 445-462.
- Grisolia, B. M., Dos Santos, A. P. P., Dhyppolito, I. M., Buchanan, H., Hill, K., & Oliveira, B. H. (2021). Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta analyses. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 31(2), 168-183.
- Harris, M., Wilson, J. C., Hughes, S., Knevel, R. J. M., & Radford, D. R. (2018). Perceived stress and well being in UK and Australian dental hygiene and dental therapy students. *European Journal of Dental Education*, 22(3), e602-e611.
- Janković, S. M., Aleksić, D., Bahtijari, Z., Jelić, A., Klačar, J., Kovačević, A., ... & Ružić-Zečević, D. (2014). Risk factors for severe dental anxiety among medical students. *Vojnosanitetski preglod*, 71(1), 16-21.
- Jiménez-Ortiz, J. L., Islas-Valle, R. M., Jiménez-Ortiz, J. D., Pérez-Lizárraga, E., Hernández-García, M. E., & González-Salazar, F. (2019). Emotional exhaustion, burnout, and perceived stress in dental students. *Journal of International Medical Research*, 47(9), 4251-4259.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 8(2), 163-190.
- Langer, K., Wolf, O. T., & Jentsch, V. L. (2021). Delayed effects of acute stress on cognitive emotion regulation. *Psychoneuroendocrinology*, 125, 105101.
- Meira, T. M., Paiva, S. M., Antelo, O. M., Guimarães, L. K., Bastos, S. Q., & Tanaka, O. M. (2020). Perceived stress and quality of life among graduate dental faculty. *Journal of Dental Education*, 84(10), 1099-1107.
- Mohamadi, J., Ghazanfari, F., & Drikvand, F. M. (2019). Comparison of the effect of dialectical behavior therapy, mindfulness based cognitive therapy and positive psychotherapy on perceived stress and quality of life in patients with irritable bowel syndrome: a pilot randomized controlled trial. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 565-578.
- Razavizadeh Tabadkan, B. B. Z., Jajarmi, M., & Vakili, Y. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on ruminative thoughts, perceived stress and difficulties in emotion regulation of women with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(4), 370-383.
- Riaz, M., Abid, M., & Bano, Z. (2021). Psychological problems in general population during covid-19 pandemic in Pakistan: role of cognitive emotion regulation. *Annals of Medicine*, 53(1), 189-196.
- Samani, S., & Sadeghi, L. (2010). Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Psychological Methods and Models*, 1(1), 51-62. (In Persian)
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status*.
- Stouthard, M. E., Mellenbergh, G. J., & Hoogstraten, J. (1993). Assessment of dental anxiety: a facet approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6(2), 89-105.

- Tellez, M., Potter, C. M., Kinner, D. G., Jensen, D., Waldron, E., Heimberg, R. G., ... & Ismail, A. I. (2015). Computerized tool to manage dental anxiety: a randomized clinical trial. *Journal of dental research*, 94(9_suppl), 174S-180S.
- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., ... & Crane, C. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services. *Mindfulness*, 11(2), 279-290.
- Vaziri, Z. S., Mashhadi, A., Shamloo, Z. S., & Shahidsales, S. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy, cognitive emotion regulation and clinical symptoms in females with breast cancer. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(4).
- Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., ... & Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID 19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263-1274.
- Yousefi, R., Piri, F. (2017). Psychological properties of dental anxiety inventory. *J Mashhad Den Sch*. 41(1): 69-78. [In Persian].
- Yüksel, A., & Yılmaz, E. B. (2020). The effects of group mindfulness-based cognitive therapy in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse education today*, 85, 104268.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

همیشه	اغلب اوقات	برخی اوقات	به ندرت	هرگز	عبارت
					۱- احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس زا خودم مقصرم.
					۲- فکر می‌کنم مجبورم آنچه که اتفاق افتاده است را بپذیرم.
					۳- به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته‌ام فکر می‌کنم.
					۴- به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.
					۵- به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم.
					۶- به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.
					۷- به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.
					۸- به این فکر می‌کنم که اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.
					۹- احساس می‌کنم دیگران مقصر این اتفاق هستند.
					۱۰- حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم هستم.
					۱۱- فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش آمده را بپذیرم.
					۱۲- افکار و احساسی که در جریان تجربه ناگواریم داشته‌ام مرا به خود مشغول می‌کند.
					۱۳- به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن، به آن‌ها نپرداختم.
					۱۴- به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش آمده به بهترین نحو کنار بیایم.
					۱۵- به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم.

				۱۶- به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده اند.
				۱۷- مرتب به میزان فاجعه آمیز بودن تجربه‌ای که داشته‌ام فکر می‌کنم.
				۱۸- احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.
				۱۹- به اشتباهاتی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.
				۲۰- فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.
				۲۱- تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته‌ام بفهمم.
				۲۲- در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای مطبوع فکر می‌کنم.
				۲۳- به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.
				۲۴- به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.
				۲۵- به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاقات دیگر خیلی هم بد نبوده است.
				۲۶- فکر می‌کنم اتفاقی که برایم رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.
				۲۷- به اشتباهات دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم.
				۲۸- فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاقات ناگوار و شرایط استرس‌زا خودم هستم.
				۲۹- فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.
				۳۰- گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.
				۳۱- به تجارب خوب فکر می‌کنم.
				۳۲- به نقشه‌ای برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.
				۳۳- به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.
				۳۴- به خودم می‌گویم در زندگی اتفاقات ناگواری وجود دارد که باید با آن روبرو شد.
				۳۵- مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش آمده فکر می‌کنم.
				۳۶- حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.

The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive regulation of emotion and perceived stress in women with dental anxiety

Vajieh Alsadat, Seyedi¹ & Maryam. Meghdadi^{2*}

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive regulation of emotion and perceived stress in women with dental anxiety. **Method:** The research method is semi-experimental pre-test and post-test with a control group. The study population included all women with dental anxiety in Tehran who were selected by available sampling method and randomly assigned to two groups (15 people) experimental group and (15 people) control group. The experimental group underwent 8 sessions of 90 minutes of cognitive therapy based on the mindfulness of Segal et al. (2004). The research instruments were Stouthard, Mellenbergh, & Hoogstraten (1993) Dental Anxiety Questionnaire, Garnefski, Kraaij, & Spinhoven (2001) Cognitive Emotion Regulation, and Cohen et al. (1983) Perceived Stress. The results were analyzed using repeated measures analysis of variance and SPSS.22 software. **Results:** It showed that mindfulness-based cognitive therapy treatment had a significant effect on increasing cognitive regulation of emotion ($F=51.53, P<0.001$) and decreasing perceived stress ($F=15.25, P<0.001$) in women with dental anxiety. **Conclusion:** It can be concluded that mindfulness-based cognitive therapy was effective on cognitive regulation of emotion and perceived stress in women with dental anxiety.

Keywords: Mindfulness, Cognitive emotion regulation, Perceived stress, Dental anxiety, Women.

1. M.A. student, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran

2. *Corresponding author: M.A. student, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran

Email: maghdadmaryam8@gmail.com