

## بررسی نقش باورهای فرا شناختی در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران

سپیده پورنامداریان<sup>۱</sup>، بهروز بیرشک<sup>۲\*</sup>، علی اصغر نژاد فرید<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

۲- دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۳- استادیار گروه روان شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۶

دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۴

### چکیده:

**مقدمه:** مطالعه حاضر با توجه به چشم انداز فراشناختی (Wells (۱۹۹۷) به بررسی نقش باورهای فراشناختی در تبیین علائم افسردگی، اضطراب و استرس پرداخته است.

**روش کار:** تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه شامل ۱۲۰ پرستار شاغل در مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی بعثت همدان می باشد، شرکت کنندگان با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ-۳۰) و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱)، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**یافته ها:** پژوهش نشان داد که در مجموع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و استرس رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ( $P < .005$ ). همچنین نتایج بررسی همبستگی نشان می دهد که بین ابعاد کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی و خود آگاهی شناختی با افسردگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ( $P < .005$ ) بین ابعاد باورهای مثبت و نیاز به کنترل افکار با افسردگی رابطه معنی داری مشاهده نمی شود ( $P < .005$ ) و بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای مثبت، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی) با استرس رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ( $P < .005$ ). همچنین بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای مثبت، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی) با اضطراب رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ( $P < .005$ ).

**نتیجه نهایی:** یافته های این پژوهش نشان می دهد باورهای فراشناختی مثبت و منفی در ایجاد علائم افسردگی، اضطراب و استرس، مؤثرند. نمره کلی باورهای فراشناختی نقش مهمی در پیش بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس دارند.

**کلید واژه ها:** افسردگی، اضطراب، استرس، باورهای فراشناختی، پرستاران

### مقدمه:

فراشناخت که نخستین بار توسط Felavell (۱۹۷۹) به کار برده شد، به فرایند «تفکر درباره تفکر» و دانش در مورد اینکه چه می دانیم و چه نمی دانیم اطلاق می شود. عبارتی فراشناخت مفهومی چند وجهی است که در برگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کند (۳) و (۴) دانش فراشناختی (باور فراشناختی): به باورها و نظریاتی که افراد درباره ی شناختشان دارند، اشاره می کند. مانند باورهایی در باره ی معنای انواع خاص افکار و باورهایی مرتبط با کارایی حافظه و کنترل شناختی، اختلال روان شناختی به این

شناخت ها مهم هستند، امروزه این موضوع پذیرفته شده است که افکار تأثیر نیرومندی بر سلامت هیجانی و روانشناختی دارند. اصطلاح شناخت به فرآیندهایی اشاره دارد که افراد به کمک آنها یاد می گیرند، فکر می کنند و به یاد می آورند Ganiye (۱). معتقد است که شناخت و فراشناخت یکی هستند و از هم تفکیک ناپذیرند، اما محققان دیگر بین آنها تفاوت قائل شده اند. اولین تمایز آنها در این است که فرآیند شناخت مربوط به تفکر است، حال آنکه فرآیند فراشناخت مربوط به تفکر در مورد تفکر است (۲). واژه

\* نویسنده مسئول: سپیده پورنامداریان؛ کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

فکری، آنرا بصورت یک عادت آشنا در می آورد که پیامدهای خطرناک محدودی دارد و در نتیجه توجه شخص به آن معطوف نمی شود. در عوض شخص خود افسردگی را خطر عمده ای قلمداد می کند نمونه ای از این باورها شامل «افسرده شدن من بدان معناست که آدم ناقصی هستم» است (۱).

بر طبق نظریه فراشناخت در اختلال روانشناختی، فراشناخت ها مؤلفه های حساسی در پیش بینی و ایجاد علائم روانشناختی هستند (۸،۷). در دهه اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از مشکلات روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته با توجه به اینکه مدل فراشناختی چشم انداز جدیدی است که اخیراً در ایران مورد توجه محققین و علاقمندان حوزه های روانشناسی قرار گرفته و وفق جدیدی در درمان اختلالات هیجانی پیش روی روانشناسان و روانپزشکان قرار می دهد و با توجه به اینکه پرستاران در محیط بیمارستان، با عوامل متعدد فشارزا روبرو هستند، با وجود استرس در محیط کار خود و اینکه پرستاران تقریباً به طور روزمره با درد و رنج، حوادث و مرگ مواجه هستند، از اینرو پرستاری به عنوان حرفه ای استرس آور شناخته شده است و می توان انتظار داشت درصدی از پرستاران که سطوح بالاتر آسیب پذیری را دارند در معرض خطر ابتلا به بیماری های روانی از جمله اختلالات اضطرابی و افسردگی قرار گیرند. بررسی نشان داده است که بخش عمده تحقیقات انجام شده بر روی جمعیت بیمار مبتلا به انواع اختلال های هیجانی مانند اضطراب فراگیر، افسردگی، اختلال استرس پس از آسیب و اختلال وسواس فکری و عملی انجام شده اند (۹،۱۰). مطالعه خاصی در خصوص فراشناخت و پرستاران انجام نشده است و پژوهش حاضر، به نظر می رسد که نخستین پژوهش در خصوص فراشناخت و پرستاران می باشد. پژوهش حاضر با هدف کمک به متخصصان بالینی برای فهم بهتر نقش فراشناخت و انتخاب راهکار های مؤثر در اختلال اضطراب و افسردگی صورت گرفته و به این امید که یافته های حاصل از این پژوهش در اختیار مدیران پرستاری قرار گیرد تا در برنامه ریزی و اجرای برنامه هایی در جهت ارتقاء سلامت روانی پرستاران به کار گرفته شود و بستری مناسب و جدید را برای فعالیت های پژوهشی و مطالعاتی به پژوهشگران علاقه مند به این حیطه ارائه دهد.

موضوع برمی گردد که تا چه حد برخی افکار، بسط یافته و به طور مداوم بازپردازی می شوند و یا برخی به سادگی رها می شوند این فرایند انتخاب و کنترل سبک های تفکر مبتنی بر فراشناخت است، در واقع فراشناخت ها مسؤل کنترل افکار سالم و ناسالم هستند. از اینرو تجارب فراشناختی می توانند با اختلالات هیجانی ارتباط پیدا کنند بعبارتی ارزیابی های منفی باعث نابسامانی های روانی و عدم عملکرد صحیح می شود. در این تئوری الگوهای ناپهنگار نتیجه ی فعال سازی باورهای فراشناختی است، که این باورها در اختلالاتی مثل اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، نگرانی و افسردگی نقش دارد (۵). بر اساس مدل فراشناختی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب باورهای مثبتی در مورد نگرانی به عنوان وسیله ای برای مواجهه با خطر دارند و از نگرانی به عنوان وسیله ای برای پیش بینی مسایل آتی و تولید روش های مقابله، استفاده می کنند. استفاده از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله ای، به باورهای فراشناختی مثبت درباره ی نگران که اکثر افراد تا حدودی دارند، مربوط می شود. این نوع باورها، شامل باورهایی مانند «نگرانی به من کمک می کند تا از مشکلاتم اجتناب کنم»؛ «نگرانی به من کمک می کند تا با مشکلات مقابله کنم» است با این حال، فعال شدن باورهای منفی، در گذار به اختلال اضطراب فراگیر از اهمیت بیشتری برخوردار است. اختلال هنگامی بوجود می آید که باورهای منفی درباره نگرانی در فرد فعال می شوند. این باورها شامل باورهایی هستند مبنی بر اینکه نگرانی می تواند به پیامدهای ناگوار جسمی (مانند حمله قلبی)، روان شناختی (مانند فروپاشی روانی) یا اجتماعی (مانند طرد شدن از سوی دیگران) منجر شود هنگامی که باورهای فراشناختی منفی فعال می شوند، فرد به ارزیابی منفی نگرانی می پردازد، یعنی دچار نگرانی درباره ی نگرانی می شود همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله می شود. همچنین در رابطه با اختلال افسردگی باورهای فراشناختی مثبت، باعث تفکر مداوم درباره معنی و علل علائم و شرایط زندگی فرد می شوند و این فرایند مداوم موجب تداوم و تشدید علائم افسرده ساز می شود نمونه ای از این باورها «تفکر بدبینانه مرا از ناامید شدن باز می دارد» است و باورهای فراشناختی منفی شامل کاهش آگاهی از فرایند نشخوار فکری است، به طوریکه تداوم فرایند نشخوار

**روش کار:**

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است که بر روی ۱۲۰ پرستار از هر دو جنس و شاغل در مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی بعثت واقع در شهر همدان در سال ۱۳۹۰ انجام شد. در این پژوهش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه ها در بخشهای مختلف بیمارستان توسط محقق توزیع گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل شاغل بودن به عنوان پرستار در یکی از بخش های بیمارستان بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های باورهای فراشناختی (MCQ-۳۰) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل نتایج و بررسی داده ها از روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

**ابزار سنجش****پرسشنامه باورهای فرا شناختی:**

این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه ای، که برخی از آن ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روان شناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه فراشناختی یک مقیاس ۳۰ سؤالی خودگزارش دهی است که حیطة های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه گیری می کند: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی؛ ۲- باورهای منفی درباره نگرانی؛ ۳- اطمینان شناختی ضعیف؛ ۴- لزوم کنترل افکار؛ ۵- خودآگاهی شناختی (۱۱).

سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) پاسخ داده می شود. ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های آن از ۷۲/۰ تا ۹۳/۰ گسترده بود. همبستگی باز آزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به شرح زیر بود، نمره کلی برابر با ۷۵/۰، مقیاس باورهای مثبت برابر ۷۹/۰، کنترل ناپذیری/خطر برابر با ۵۹/۰، اطمینان شناختی برابر با ۶۹/۰، لزوم کنترل افکار برابر با ۷۴/۰ و خودآگاهی شناختی برابر با ۸۷/۰ (۱۲).

در ایران شیرین زاده دستگیری، ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۹۱/۰ و برای زیر مقیاس هاس آن در دامنه ۷۱/۰ تا ۸۷/۰ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای

کل مقیاس ۷۳/۰ و برای زیر مقیاس های آن در دامنه ۶۸/۰ تا ۲۸/۰ گزارش کرد. همبستگی زیر مقیاس های آن با کل آزمون در دامنه ۵۸/۰ تا ۸۷/۰ و همبستگی آن ها با یکدیگر بین ۶۲/۰ تا ۲۶/۰ بود (۱۳). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه MCQC-۳۰، ۸۰/۰ و برای زیر مقیاس های باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۷۸/۰، ۷۵/۰، ۸۳/۰، ۶۳/۰ و ۵۳/۰ به دست آمد. ویژگی های روان سنجی DASS-۲۱، در چند مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است که از آن میان به مطالعه (Henry & Crawford ۲۰۰۵) اشاره می شود که با استفاده از یک نمونه بزرگ انگلیسی (۱۷۹۴) نفر انجام شده است. آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۹۳/۰، ۸۸/۰، ۸۲/۰، ۹۰/۰ گزارش شده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز وجود سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس هر یک با ۷ عبارت را تأیید کرده است. در مطالعه اصغری مقدم، ساعد، دیباج نیا و زنگنه (۱۳۸۹) ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۹۳/۰، ۹۰/۰، ۹۲/۰، ضرایب بازآزمایی) با فاصله سه هفته (مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۸۴/۰، ۸۹/۰، ۹۰/۰) ( $P < 0/001$ ). علاوه بر این همبستگی درون طبقه ای بین دو بار اجرا برای سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۷۸/۰، ۸۷/۰، ۸۰/۰ بدست آمده است. تمام این یافته ها از پایایی مطلوب مقیاس مورد مطالعه حکایت دارد (۱۳).

پس از توضیح به شرکت کنندگان در پژوهش در مورد موضوع و علت پژوهش و اطمینان دادن درباره محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه ها تکمیل شده و سپس داده ها استخراج گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار اس پی اس اس ۱۶ استفاده شد.

**نتایج:**

جدول (۱) نتایج تحلیل رگرسیون بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، استرس و اضطراب را نشان می دهد ( $P < 0/05$ ) نتایج تحلیل رگرسیون نشان می دهد که ضریب همبستگی بین دو متغیر «باورهای

باورهای شناختی و افسردگی رابطه مستقیم و معنی داری مشاهده می شود نتایج نشان می دهد که بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی) باورهای مثبت در باره ی نگرانی، باورهای منفی درباره ی کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی (با استرس رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). بدین ترتیب که افزایش نمره این ابعاد، حاکی از استرس بالای این افراد می باشد. همچنین بین مقیاس کلی باورهای شناختی و استرس رابطه مستقیم و معنی داری مشاهده می شود.

جدول ۲: نتایج همبستگی ابعاد باورهای فراشناختی با متغیرهای افسردگی، استرس و اضطراب

بعد	افسردگی		استرس		اضطراب	
	P-value	ضریب r	P-value	ضریب r	P-value	ضریب r
باورهای مثبت	۰.۰۹۵	۰.۱۵۳	۰.۰۳۱	۰.۱۹۶	۰.۰۰۰	۰.۲۵۱
در مورد نگرانی باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری اطمینان شناختی نیازبه کنترل افکار خودآگاهی شناختی باورهای فراشناختی	۰.۰۰۰	۰.۴۱۲	۰.۰۰۰	۰.۵۱۴	۰.۰۰۰	۰.۴۴۸
	۰.۰۰۰	۰.۳۲۲	۰.۰۰۰	۰.۳۷۱	۰.۰۰۰	۰.۳۳۱
	۰.۰۰۰	۰.۰۸۰	۰.۰۲۶	۰.۲۰۴	۰.۰۲۶	۰.۲۰۴
	۰.۰۰۰	۰.۲۹۵	۰.۰۰۰	۰.۳۸۷	۰.۰۰۰	۰.۳۳۶
	۰.۰۰۰	۰.۲۹۵	۰.۰۰۰	۰.۴۰۶	۰.۰۰۰	۰.۳۹۷

فراشناختی و علایم استرس» برابر ۰.۴۰۶ شده است. همچنین ۱۵.۸ درصد تغییرات عامل استرس توسط شاخص باورهای فراشناختی تبیین می شود. ضریب B نیز ۰.۱۲۴ شده است که با توجه به نتایج آزمون t رابطه بین دو متغیر معنی دار است ( $P < 0/05$ ). نتایج تحلیل رگرسیون نشان می دهد که ضریب همبستگی بین دو متغیر «باورهای فراشناختی و علایم استرس» برابر ۰.۳۷۹ شده است. همچنین ۱۰.۸ درصد تغییرات عامل استرس توسط شاخص باورهای فراشناختی تبیین می شود. ضریب B نیز ۰.۱۰۸ شده است که با توجه به نتایج آزمون t رابطه بین دو متغیر معنی دار است ( $P < 0/05$ ).

جدول ۱: نتایج تحلیل رگرسیون، رابطه بین باورهای فراشناختی و علایم افسردگی، استرس و اضطراب

متغیر	مجدور R تعدیل شده	ضریب B	ضریب بتا	مقدار t	P-value
علایم افسردگی	۰.۰۷۹	۰.۰۹۲	۰.۲۹۵	۳.۳۴	۰.۰۰۱
علایم استرس	۰.۱۵۸	۰.۱۲۴	۰.۴۰۶	۴.۸۱	۰.۰۰۰
علایم اضطراب	۰.۱۴۴	۰.۱۰۸	۰.۳۷۹	۴.۴۳۰	۰.۰۰۰

بررسی رابطه بین ابعاد باورهای فراشناختی) باورهای مثبت در باره ی نگرانی، باورهای منفی درباره ی کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی (نشان می دهد، بین ابعاد باورهای منفی درباره ی کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی و خود آگاهی شناختی با افسردگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. ( $P < 0/05$ ). بدین ترتیب که با افزایش نمره این مقیاس ها، میزان افسردگی در افراد بیشتر می شود. همچنین بین مقیاس کلی

جدول ۳: نتایج بررسی رابطه بین ویژگیهای جمعیت شناختی و متغیرهای اصلی

سابقه کاری df=2		شیف کاری df=6		سن df=2		جنسیت df=118		شاخص
P	F	P	F	P	F	P	T	
۰.۶۲۵	۰.۴۷۱	۰.۴۷۸	۰.۹۲۸	۰.۷۶۹	۰.۲۶۴	۰.۹۸۴	-۰.۰۲۱	افسردگی
۰.۹۱۸	۰.۰۸۶	۰.۱۱۵	۱.۷۵	۰.۵۳۸	۰.۶۲۳	۰.۶۹۷	-۰.۴۱۴	استرس
۰.۵۶۸	۰.۵۶۸	۰.۴۵۷	۰.۹۵۸	۰.۹۷۶	۰.۰۲۵	۰.۱۹۷	-۱.۲۹	اضطراب
۰.۷۳۷	۰.۳۰۶	۰.۳۱۵	۱.۱۹	۰.۵۷۲	۰.۵۶۱	۰.۵۹۶	۰.۵۵۶	باورهای فراشناختی

تنها ۰.۸ درصد از پاسخگویان در شیفت ثابت عصر می باشند. همچنین ۹.۲ درصد از پاسخگویان در شیفتهای عصر و شب مشغول خدمات رسانی می باشند. یافته ها نشان می دهد که بیش از نیمی از پاسخگویان (۶۰ درصد) کمتر از ۱۰ سال سابقه کار دارند. ۲۶.۷ افراد مورد بررسی بین ۱۰ تا ۲۰ سال سابقه فعالیت داشته اند. همچنین ۱۳.۳ درصد نیز ۲۰ سال و بیشتر سابقه داشتند. در خصوص یافته های حاصل از بررسی ارتباط ویژگیهای جمعیت شناختی جنس، سن، شیفت کاری و سابقه کاری با علائم افسردگی، اضطراب، استرس و باورهای فراشناختی نتایج نشان می دهد که رابطه معناداری وجود ندارد. در پژوهشی که توسط حبرانی، بهدانی و مبتکر (۱۳۸۷) با هدف بررسی عوامل تنش زا در پرستاران انجام شد، نتایج نشان داد که میانگین تنش بین بخش های مختلف بیمارستان ارتباط معناداری نداشت (عوامل تنش زای مختلف در بخش های سوختگی، جراحی، داخلی روانپزشکی و اورژانس مورد مقایسه قرار گرفتند) همچنین متغیرهای سن، جنس وضعیت تأهل، سنوات کاری، شیفت کاری و در نهایت اشتغال در بخش های مختلف بیمارستان (داخلی، جراحی، روانپزشکی و اورژانس، سوختگی) ارتباط معنادار و چشمگیری با میزان تنش نداشتند که نتایج پژوهش حاضر را تأیید می کند. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که رابطه مثبت و معنادار بین نمره کلی باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و استرس وجود دارد. همچنین در بررسی رابطه ابعاد باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و استرس، نتایج تحلیل همبستگی نشان می دهد که بین ابعاد کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی و خود آگاهی شناختی با افسردگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. بین ابعاد باورهای مثبت در مورد نگرانی و نیاز به کنترل افکار با افسردگی رابطه معنی داری مشاهده نمی شود. و بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی) با استرس رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد همچنین بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی) با اضطراب رابطه مثبت و معنی

نتایج بررسی همبستگی نشان می دهد که بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای مثبت، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی) با اضطراب رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). بدین ترتیب که با افزایش نمره این ابعاد، میزان اضطراب در افراد بیشتر می باشد. همچنین بین مقیاس کلی باورهای شناختی و اضطراب رابطه مستقیم و معنی داری مشاهده می شود. جدول (۲).

### بحث:

این مطالعه باهدف بررسی رابطه باورهای فراشناختی در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران انجام شد. یافته ها نشان می دهد که ۸۷ نفر از نمونه مورد بررسی (۷۲.۵ درصد) را زنان و ۳۳ نفر (۲۷.۵ درصد) را مردان تشکیل می دهند. از نظر گروه بندی میزان تحصیلات بیشترین فراوانی در بین افراد با مدرک لیسانس دیده می شود که ۲/۷۴ درصد کل نمونه مورد بررسی را شامل می شود. (۲۱ نفر) ۵/۱۷ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس بوده اند و ۵ درصد پاسخ دهندگان فوق دیپلم و ۳/۳ درصد نیز مدرک دیپلم داشته اند. از نظر گروه بندی سنی بیشترین فراوانی در بین افراد ۳۰ تا ۳۹ ساله دیده می شود که ۲/۴۹ درصد کل نمونه مورد بررسی را شامل می شود. ۲۰ نفر از پاسخگویان (برابر ۱۶.۷ درصد) ۴۰ سال و بالاتر داشته اند. همچنین ۴۱ نفر (۲.۳۴ درصد) کمتر از ۳۰ سال سن داشته اند. مقدار میانگین محاسبه شده  $(96/6 \pm 75/32)$  می باشد. یافته ها نشان می دهد که ۷۳ نفر (۶۰.۸ درصد) از نمونه مورد بررسی را متأهلین و ۴۴ نفر (۷/۲۶ درصد) را مجردین تشکیل می دهند. همچنین ۵/۲ درصد از پاسخگویان مطلقه بوده اند. یافته ها نشان می دهد که نیمی از پاسخگویان (۸/۵۰ درصد) از نمونه مورد بررسی فرزندی نداشتند. ۲۰ درصد آنان تک فرزندی بوده اند، ۲۴.۲ درصد دارای دو فرزند می باشند، ۴.۲ درصد نیز اعلام کرده اند که سه فرزند دارند، ۰.۸ درصد پاسخ گویان (برابر با یک نفر) نیز ۴ فرزند داشته است. نتایج بررسی ها نشان می دهد که نزدیک به نیمی از پاسخگویان (۴۴.۲ درصد) در هر سه شیفت کاری (صبح، عصر، شب) مشغول به فعالیت هستند. ۹.۲ درصد از پاسخگویان نیز در شیفت ثابت صبح کار می کنند. ۲.۵ درصد در شیفت ثابت شب فعالیت می کنند. ۳۰ درصد از افراد نیز در شیفت صبح و شب مشغول به کار هستند.

شده که همان فراشناخت است که سیستم شناختی فرد را کنترل می کند. در این تئوری الگوهای ناپهنجار نتیجه ی فعال سازی باورهای فراشناختی است، که این باورها در اختلالاتی مثل اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، نگرانی و افسردگی نقش دارد. (۲۰۱۰، Scragg) نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد نمره کلی باورهای فراشناختی نقش مهمی در پیش بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس دارند، همانطور که در مطالعات آمده است رویدادهای بالقوه استرس زا زمانی در زندگی ما تأثیر منفی می گذارند که نگرانی ناشی از آنها را تهدید کننده، مهم و غیر قابل کنترل ارزیابی کنیم.

### نتیجه نهایی:

با توجه به شرایط خاص محیط بیمارستان، که در دراز مدت می تواند روحیه پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد، نحوه ی ارزیابی پرستاران از مفید بودن نگرانی، کنترل افکار، خطر نگرانی و غیر قابل کنترل بودن آن می تواند تأثیر مهمی در سلامت روان آنها داشته باشد و چنانچه نحوه ی ارزیابی فرد منجر به الگوی تفکر ناکارآمد شود، فرد مستعد ابتلا به اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس می باشد. با توجه به اینکه در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده بنابراین نتایج این پژوهش صرفاً به جامعه مورد بررسی قابل تعمیم است و بهترین کاربرد یافته های این پژوهش، کاربرد در پرستاری است، به این امید که یافته های این پژوهش در اختیار مدیران پرستاری قرار گیرد تا در برنامه ریزی و اجرای برنامه هایی در جهت ارتقاء سلامت روانی پرستاران مؤثر واقع گردد. یافته ها باید با توجه به محدودیت های آن مورد توجه قرار گیرد. محدودیت اول، برخی عوامل مربوط به شخصیت افراد و حوادثی که در زندگی فرد رخ داده و میزان حمایت های اجتماعی می تواند در میزان افسردگی، استرس و اضطراب افراد تأثیرگذار باشد که کنترل آن ها از عهده پژوهشگر خارج است. محدودیت دوم حجم نمونه محدود به گروه خاصی از پرستاران بود. محدودیت سوم مطالعه صرفاً بر اساس پرسشنامه صورت گرفت. در مطالعات آتی استفاده از فرم های مصاحبه ای ساختار یافته پیشنهاد می شود و نیز ارزیابی بر اساس مصاحبه صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می شود مطالعه مشابهی در جمعیت بالینی صورت گیرد، شایان ذکر است که مطالعاتی با این هدف

داری وجود دارد. این یافته ها با نتایج مطالعات دیگر (Yilmaz, Gencaz & Wells, ۲۰۰۷) هماهنگ است که باورهای فراشناختی نسبت به باورهای ناکارآمد (طرحواره ها) نقش بیشتری در علائم شناختی افسردگی دارند. همچنین از نتایج پژوهش ساعد، پوراحسان و اکبری (۲۰۱۰) که با هدف تعیین همبستگی بین باورهای فراشناختی در دانشجویان انجام شد، حمایت می کند. نتایج پژوهش حاضر در مورد رابطه باورهای فراشناختی و علائم اضطراب با یافته های پژوهش بهرامی و رضوان (۱۳۸۶) همخوانی دارد که این پژوهش با عنوان بررسی رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد، نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی منفی و مثبت می توانند سبب تداوم نگرانی شوند و مطالعه یوسفی و محرابی (۱۳۸۷) با عنوان نقش نشخوار فکری و باورهای مثبت و منفی فراشناخت مربوط به نشخوار فکری در شیوع و دوام افسردگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان نشان داد که نشخوار فکری، باورهای مثبت و منفی فراشناخت می توانند پیش بینی کننده ی وجود رابطه ی بین متغیرها بوده و می توانند نتایج پژوهش حاضر را در ارتباط با رابطه باورهای فراشناختی و علائم افسردگی تأیید کند.

از آنجا که فراشناخت چیزهایی را که به آنها توجه می کنیم و نیز عواملی را که به هوشیاری ما وارد می شوند، تعیین می کند، همچنین فراشناخت ارزیابی های ما را شکل می دهد پس بر انواع راهبردهایی که برای تنظیم افکار و احساساتمان بکار می بریم، اثر می گذارد. عبارتی مشکلات افراد، نتیجه ی سبک تفکر انعطاف ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است. محتوای باورها و افکار، نوع اختلال تجربه شده را تعیین می کند. برای مثال افکار مربوط به خطر، موجب اضطراب می شوند و افکار مربوط به فقدان و بی ارزش شمردن خود، به احساس غمگینی منجر می شوند. اختلال هیجانی پیامد فرایندهای فراشناختی است که به شکل گیری سبک های تفکر خاصی منجر می شوند و فرد را در وضعیت های طولانی مدت و عودکننده پردازش منفی اطلاعات مربوط به خود گرفتار می سازد.

طبق مدل فراشناخت، نگرانی از باورهای اجتماعی منفی نشأت نمی گیرد بلکه از دانش اساسی جداگانه ای مشتق

9. Papageorgiou C. wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major de-pression. Cognitive and Behavior Perceived thought control ability. Cognitive Behavior Practice 2001,8, 160-164.

10. Davis RN ,valentiner DP. Dose metacognitive theory enhance our understand of pathology worry and anxiety. J Personality and Individual Diffrence 2000; 29(3): 513-526.

11. Wells A. Emotional disorders and meta cognition: Innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley, 2000.

12. Wells A. Cartwright HS. A short form of metacognitions questionnaire. J Behavior research and therapy 2004; 42(40): 385 - 396.

13. Shirinzadedasstgiri P, Goodarzi AS, Rahimi Ch & Naziri ah.[Factorstructure, validity of question-nair evalidity Metacognition 30]. J Psychology 1999; 12 (4): 461-445.(Persian)

14. Asgharimoghdam M, Saed F, DibajniyaP & Zanene J .[ Preliminary review ofthe validity scales depression, anxiety, stress(DASS) in general public]. j daneshvare raftar 2010; 31(1):23-38. (Persian)

15. Yilmaz A, Gencoz T, Wells A. Thecausal role of metacognitions in the development of anxiety and and depression: A prospective study. Paper presented at the World Congress of Cognitive and Beahavior Therapy, Barcelona, Spain; 2007.

16. Saeed O, Purehsan S. Akbari S. "Correlation among meta cognitive beliefs and anxiety-depression symptoms". Procedia Social and Behavioral Sciences2010; 5(1):685-1689.

17. Bahrami F. Rizwan SH. [The relation between Anxiety and meta cognitive beliefs in secondary school students with Generalized Anxiety Disorder]. University of Psychology and Educational Sciences University 2009. (Persian)

18. Yousefi G, Bahrami F, Mehrabi AS.[ Rumination: startanddurationof depression]. J Behavioral Sciences 2010; 2 (1): 73-67. (Persian)

19. Irak M, Tosun A. [Exploring the role of meta-cognition inobsessive-compulsive and anxiety symptoms] J Anxiety Disorders2008; 22(2): 1316 – 1325.

20. Habrany c, Behdani F, Mobtaker M. Of stress or sinnurses. J Mental Health2010;10 (3): 237-231. (Persian)

می توانند به عنوان قیاس با مطالعه ی حاضر دریچه ی جدیدی در راستای بررسی بهتر مشکلات افراد بگشایند.

### سپاسگزاری:

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیریت محترم بیمارستان بعثت همدان و کلیه پرستاران شرکت کننده در این مطالعه را ابراز می دارم. این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی است به شماره ۴۱۱۵۷ در تاریخ ۹۰/۶/۲۲ که در در سال ۹۰-۹۱ در دانشگاه علوم و تحقیقات تهران تصویب و انجام شد.

### منابع:

1. Almedia L. [The effects of different strategies to facility achievement of different educational objectives]. J psychology 2008; 3(25): 32-39.
2. MohammadiArya A. [The effect oflearning cognitive strategies and metacognitionon problem solving and health behaviors of educable mentally retarded studentsin Tehran third base] PhD thesis, Tehran, AllamehTabatabai University. 2006. (Persian)
3. Flavell JH. [Meta cognition and Meta cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry]. J American psychology 1979; 3(4): 906-911.
4. Nelson TO, Stuart RB , Howard G & Crawley M . Metacognitionand clinical psychology A preliminary framework for research and practice. J Clinical Psychology and Psychotherapy 1999; 6(2): 73-80.
5. Scragg p. Meta cognitive therapy ,Developed by Adrian Wells. Trauma clinic LTD & university collage. London, 2010.
6. Wells A .Metacognitive therapy for anxiety and depression. Translated by Shahram Mohamm-dkhani .Tehran: Varayedanesh, 2009.
7. Matthews G. Hillyard EJ & Campell SE. Meta cognition and maladaptive Copying as components of text anxiety]. J Clinical psychology and psychotherapy 1999 ; 6(1) : 111-126.
8. Yilmaz A, Gencoz T, Wells A. The temporal precedence of meta cognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life- stress: A prospective study." J Anxiety Disorder 2011;25 (2): 389-39.

21. Abolghasemi AS, Ebrahim-Zadeh P, Narimani M & Ahadi B . [Metacognitive component in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder]. *J Cognitive Science* 2009; 6 (21): 51-36. (Persian)

22. Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *J Anxiety Disorders* 2008; 22: 1316 – 1325.



*Original Article***The role of meta-cognitive Beliefs in depression - anxiety – stress  
Symptoms in nurses of Be'sat Hospital in Hamedan at 1389-90**S. Pournamdarian M.A<sup>1\*</sup>; B. Birashk, Ph.D<sup>2</sup>; A.A. Asgharnejad Farid<sup>3</sup>

1- Instructor Department of Psychology, Tehran Azad University Science &amp; Research, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 14.3.2013

Accepted: 27.5.2013

**Abstract**

**Background:** This study, based on Well's meta cognitive overview(1991), is aimed to determine the role of meta cognitive beliefs in developing the symptoms of depression, anxiety and stress.

**Methods:** In this descriptive analytical study, 120 nurses working in Be'sat hospital in Hamadan were selected based on convenience sampling. The participants were surveyed using a short meta cognitive questionnaire (MCQ30) and a short form of depression, anxiety and stress questionnaire (DASS21).

**Results:** The results of study showed that there is a significant relationship between metacognitive beliefs and developing the symptoms of depression, anxiety and stress ( $p<0.05$ ). Results of the correlation analysis showed that there is a positive relationship between depression and uncontrollability, cognitive confidence and self-confidence ( $p<0.05$ ) but there wasn't seen any meaningful relationship between depression and positive beliefs and need to control the thoughts ( $p>0.05$ ). The results also demonstrated that there are significant relationships both between stress and the whole dimensions of meta cognitive beliefs (positive beliefs, uncontrollability, Cognitive confidence, the need to control the thoughts and self-consciousness) ( $p<0.05$ ) and between anxiety and the mentioned dimensions of meta cognitive beliefs ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the results of this study, positive and negative metacognitive beliefs play roles in developing the symptoms of depression, anxiety and stress and the total score of meta-cognitive beliefs is really crucial in predicting the development of the symptoms of depression, anxiety and stress.

**Keywords:** anxiety \ depression \ Meta cognitive beliefs \ nurses \ stress

---

\*corresponding Author: S. Pournamdarian; Instructor Department of Psychology, Tehran Azad University Science & Research, Tehran, Iran. Email: s.pournamdarian@gmail.com