Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2019; Vol 5(3), Winter, pp 95-105.

The Role of Meta-Cognitive Beliefs and Cognitive Avoidance in the Prediction of Cognitive Failures of Nurses

Akbar Atadokht[1], Mohammad Narimani[2], Hossein Fallahian[3*]

1- Assistant Professor, Faculty of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2- PhD in psychology, Faculty of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3- MSc student, psychology, Faculty of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

***Corresponding Author:** Hossein Fallahian, **Tel:** 09149095304, **Email:** hossein.fallahian1364@gmail.com

Received: 30 Apr 2019 **Accepted:** 7 Jun 2019

Abstract

Background & Aim: Regarding the sensitivity and consequences of cognitive deficits in nurses, it is necessary to consider the factors associated with cognitive impairment and intervention. The present study examined the role of meta-cognitive beliefs and cognitive avoidance in predicting cognitive failures of nurses.

Materials & Methods: This study was a descriptive-correlational study. The statistical population included all nurses working in hospitals in Tabriz in 2018. The sample size consisted of 100 nurses working in 5 specialized educational and specialized centers of Tabriz who were selected by cluster random sampling method. Participants were evaluated using Wales and Hatton meta-cognitive beliefs questionnaire, Sexton and Dougas cognitive avoidance questionnaire and Bradbent cognitive failures questionnaire, and data were analyzed by using Pearson correlation, multiple regression tests and SPSS version 24.

Results: The results showed that there is a significant positive correlation between cognitive impairment of nurses with metacognitive beliefs ($P < 0.01$) but there is no significant relationship with cognitive avoidance variable. Regression results also showed that the model was meaningful and%32 of the variance of cognitive failures was predicted by the model.

Conclusion: Considering that nurses play an important role in improving the health of the community, In particular, meta-cognitive beliefs in this study have a significant relationship with cognitive failures of nurses, eliminating the underlying factors is considered as a health priority.

Keywords: metacognitive beliefs, cognitive avoidance, cognitive failures, nurses.

How to cite this article:
Atadokht A, Narimani M, Fallahian H. The Role of Meta-Cognitive Beliefs and Cognitive Avoidance in the Prediction of Cognitive Failures of Nurses. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2019: 5 (3):95-106.
URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-246-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

Copyright © 2019 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

نقش باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی پرستاران

اکبر عطادخت [1]، محمد نریمانی [2]، حسین فلاحیان [3]*

۱- دانشیار، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- استاد تمام، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

***نویسنده مسئول:** حسین فلاحیان، تلفن: ۰۹۱۴۹۰۹۵۳۰۴، ایمیل: hossein.fallahian1364@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۱۰ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۸/۰۳/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به حساسیت و پیامدهای غیرقابل‌جبران نارسایی‌های شناختی در پرستاران، ضرورت دارد که عوامل مرتبط با نارسایی شناختی مورد بررسی و مداخله قرار گیرد. مطالعه حاضر به بررسی نقش باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی پرستاران پرداخته است.

مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بود و حجم نمونه شامل ۱۰۰ نفر پرستار شاغل در ۵ مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی تبریز بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی ولز و هاتون، اجتناب شناختی سکستون و داگاس و نارسایی‌های شناختی برادبنت مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مجموع نارسایی‌های شناختی پرستاران با متغیر باورهای فراشناختی رابطه مثبت و معنی‌دار ($P<۰/۰۱$) داشته ولی با متغیر اجتناب شناختی رابطه معنی‌داری ندارد. نتایج رگرسیون نیز نشان داد که مدل مورد نظر معنی‌دار است و ۳۲ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی توسط مدل پیش‌بینی می‌شود.

نتیجه‌گیری: نظر به اینکه پرستاران نقش مهمی در بهبود و ارتقاء سلامت افراد جامعه دارند رفع عوامل زمینه‌ساز اختلالات اضطرابی، به‌ویژه باورهای فراشناختی که در این مطالعه رابطه معنی‌داری با نارسایی‌های شناختی پرستاران به دست آمد، به عنوان یک اولویت بهداشتی مطرح می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، اجتناب شناختی، نارسایی‌های شناختی، پرستاران

مقدمه

پرستاری حرفه‌ای است که با سلامتی مردم ارتباطی تنگاتنگ دارد و به وسیله جنبه‌هایی از مراقبت‌های پرستاری بالینی مشتمل بر ارتباطات انسانی بین افراد و گروه‌ها مشخص می‌گردد. این گروه از شاغلین جامعه، روزانه در محیط کار با استرس‌آورهای متعددی همچون کار بیش‌ازحد توان، تعارضات فردی، کار نوبتی، سروکار داشتن با مرگ‌ومیر، فقدان حمایت روانی، تضاد با پزشکان و ابهام در میزان اختیارات روبه‌رو می‌شوند. این عوامل می‌تواند بر سلامتی مراقبین سلامتی تأثیر بگذارد (۱). ویژگی‌های شغلی و ویژگی‌های روانی به‌طور دائم در ارتباط متقابل و پویا هستند (۲). اشکال در تمرکز، توجه هدفمند و حفظ آگاهی به صورت لحظه‌به‌لحظه از مشکلاتی هستند که پرستاران در هنگام بالا بودن میزان تنش، در حین کار با آن مواجه هستند (۳). موسسه بهداشت و ایمنی حرفه‌ای که ارتباط بین وقوع بیماری‌های روانی و اضطراب شغلی را بررسی نموده است، گزارش می‌کند

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

که در بین ۱۳۰ حرفه مورد مطالعه، پرستاران رتبه ۲۷ را در میزان پذیرش مشکلات روانی حرفه‌ای به خود اختصاص داده‌اند (۴).

از جمله مشکلات روان‌شناختی مهم و اثرگذار بر پرستاران، مشکلات و نارسایی‌های شناختی است که می‌تواند تبعات جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد؛ از نظر والاس نارسایی شناختی ساختاری چندبعدی است که دارای سه مؤلفهٔ خطا در شکل دادن به اهداف، فعال‌سازی طرح‌واره‌ها و راه‌اندازی کنش‌ها است که با میزان یادگیری وقایع، ظرفیت حافظه کوتاه‌مدت، کاهش سطح هوشیاری و همچنین توجه منحرف‌شده ارتباط دارد (۵). نارسایی‌های شناختی نتیجه وجود عواملی از قبیل چندوظیفه‌ای بودن و نگرانی است که با خواب‌آلودگی، اضطراب و فشار کاری در محیط کار همراه است (۶). نارسایی‌های شناختی به دلیل تداخل با فعالیت‌های روزمره می‌توانند آسیب‌های جدی بر فرد وارد کنند و حتی ممکن است از طریق بازخورد، افزایش نشانه‌های اختلال را به دنبال داشته باشند (۷).

محققان خاطرنشان می‌کنند که نارسایی‌های شناختی با یادگیری رویدادی، اختلال حافظه کوتاه‌مدت، کاهش سطح هوشیاری و توجه منحرف‌شده رابطه مثبت دارد. به علاوه، نارسایی‌های شناختی با پیامدهای رفتاری ضداجتماعی ناشی از حواس‌پرتی رابطه دارد. محققان نشان داده‌اند که نارسایی‌های شناختی نتیجه عواملی مثل چندوظیفه‌ای بودن، نگرانی و کسالت است. فراوانی نارسایی‌های شناختی در زنان بیش‌تر از مردان است، همچنین، به طور معناداری روندی صعودی با سن دارد (۸).

با توجه به حساسیت و پیامدهای غیرقابل‌جبران نارسایی‌های شناختی در پرستاران، ضرورت دارد که عوامل مرتبط با نارسایی شناختی مورد بررسی و مداخله قرار گیرد.

از مؤلفه‌های تأثیرگذار در نارسایی‌های شناختی، باورهای فراشناختی است. فراشناخت اشاره به ساختارهای روان‌شناختی، دانش، رویدادها و فرآیندهایی دارد که در کنترل، اصلاح و تفسیر تفکر نقش دارند (۹). باورهای فراشناختی به عنوان پایه و اساس ایجاد و سبب‌شناسی بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است. فراشناخت‌ها توجه را هدایت می‌کنند، سبک تفکر را تعیین می‌کنند و پاسخ‌های مقابله‌ای را به شیوه‌ای هدایت می‌کنند که به دانش ناکارآمد منجر می‌شود (۱۰). فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کنند (۱۱). بیشتر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته هستند که بر آن‌ها نظارت و کنترل دارند (۹). ولز (۲۰۰۹) در الگوی فراشناختی خود کوشیده است تا تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود بین نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب‌شناختی را تبیین کند. وی در دیدگاه فراشناختی خود، چنین فرضی را مطرح می‌کند که نگرانی از دانشی مجزا، شامل عقاید و باورهای مثبت و منفی در رابطه با تفکر نشأت می‌گیرد. باورهای فراشناختی معیوب مطرح شده توسط ولز، تاکنون در تبیین تعدادی از اختلالات روانی و روان‌تنی استفاده شده است (۱۰). رویکرد فراشناختی معتقد است افراد به دلیل الگویی از تفکر، موسوم به نشانگان شناختی-توجهی دچار اختلال می‌شوند (۱۳). نشانگان شناختی – توجهی باعث می‌شود که فراشناخت‌های افراد به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی مانند پایش تهدید، مهار فکر، تلاش برای فرونشانی فکر و اجتناب منجر شود. این پاسخ‌ها نیز در نهایت موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود (۱۴).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

در رویکرد فراشناختی بر باورهای فراشناختی مثبت و منفی نیز تمرکز می‌شود. باورهای فراشناختی مثبت، به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی تشکیل‌دهنده نشانگان شناختی توجهی و باورهای فراشناختی منفی به مهارناپذیری، معنی، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. مطابق الگوی فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود (۱۵).

اجتناب شناختی متغیر دیگری است که می‌تواند در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی پرستاران نقش داشته باشد. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر توسط محققین مختلف گزارش شده است (۱۶). نتایج مطالعات نشان داده است که اجتناب شناختی در اختلالات روانی (۱۷)، اختلالات اضطرابی، خصوصاً اضطراب فراگیر (۱۸)، افسردگی (۱۹)، اضطراب اجتماعی (۲۰) و امید به زندگی (۲۱) نقش دارد. اجتناب شناختی مؤلفه شناختی است که به تنوع راهبردهایی جهت اجتناب از محتوای تهدیدآمیز شناختی و هیجانی اشاره دارد که شامل دو طبقه است: راهبردهای ضمنی (خودکار) و راهبردهای آشکار (ارادی). استفاده از راهبردهای ضمنی به افراد این فرصت را می‌دهد که از محتوای شناختی تهدیدآمیز اجتناب کنند و همچنین این راهبردها، برانگیختگی فیزیولوژیکی ناخوشایند را کاهش می‌دهد (۲۲).

با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در جامعه و مشاغل گوناگون، به‌خصوص در حرفه پرستاری که با تنش‌ها و مسائل مربوط به زندگی انسان‌ها درگیر هستند، شناختِ متغیرهای روان‌شناختی که به نحوی با زندگی شخصی و کاری پرستاران رابطه دارند می‌تواند آن‌ها را در درک هر چه بیشتر این مشکلات و مسائل کمک کند و باعث افزایش کیفیت کاری آن‌ها شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر رسیدن به پاسخ این سؤال است که آیا باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی می‌تواند در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی پرستاران نقش داشته باشند؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش حاضر، پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز بودند که در نیمه اول سال ۱۳۹۷ مشغول به کار بودند. ملاک ورود به جامعه مورد مطالعه شاغل بودن در بیمارستان به عنوان کادر پرستاری بود و ملاک خروج از آن مشغول به کار بودن به عنوان کادر غیر پرستار بود. برای نمونه‌گیری، با توجه به عدم امکان دسترسی به لیست جامعه آماری و مشکل دسترسی و ملاقات افراد به علت پراکندگی آن‌ها، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین ۲۸ بیمارستان موجود در شهر تبریز، ۵ بیمارستان انتخاب شد و از بیمارستان‌های انتخاب شده، به دلیل حساسیت شغلی، دسترسی سخت و کمبود زمان فراغت جهت همکاری، ۱۰۰ نفر پرستار به عنوان نمونه انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه نارسایی‌های شناختی: این پرسشنامه شامل ۲۵ ماده در ۴ خرده مقیاس حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی (فراموشی) است. عامل حافظه، شامل سؤالاتی است که نارسایی‌های حافظه و فراموشی را می‌سنجد. عامل حواس‌پرتی به جنبه‌های ادراکی وظایفی اشاره می‌کند که توجه منحرف شده در آن وجود دارد. عامل اشتباهات سهوی اشاره به خطاهایی دارد که در اجرای کار انجام می‌شود و با حوادث فیزیکی ارتباط دارد. عامل فراموشی، شامل سؤالاتی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

است که با حافظه نام‌های افراد ارتباط دارد (۲۳). پاسخ به هر ماده در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» است. نمره کل نارسایی‌های شناختی برای هر فرد از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. پرسشنامه به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که نمره بالاتر نشان‌دهنده نارسایی‌های شناختی بیش‌تر است. Macasi &Reigi ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش کردند. ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در نمونه ۵۰ نفری از دانشجویان برای هر یک از خرده مقیاس‌های پرسشنامه نارسایی‌های شناختی به ترتیب عبارت بودند از: حواس‌پرتی ۰/۸۳، مشکلات مربوط به حافظه ۰/۸۱، اشتباهات سهوی ۰/۲۴ و عدم یادآوری اسامی ۰/۷۰ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ و ضریب پایایی به روش باز آزمایی با فاصله زمانی یک ماه در میان ۴۲ نفر از دانشجویان ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی: پرسشنامه باورهای فراشناختی توسط Wells & Hotton به منظور آزمون نظریه فراشناختی اختلالات روانی، به‌ویژه نقش فرضی باورهای فراشناختی در آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت است که فرد میزان موافقت خود را بر روی یک مقیاس از ۱ تا ۴ درجه‌بندی می‌کند. این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس دارد که از طریق تحلیل عاملی به دست آمده است و دارای همسانی درونی قابل قبولی است. این خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: ۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، ۲) باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر، ۳) باورهای منفی درباره لزوم کنترل افکار، ۴) باورهای مثبت درباره خودآگاهی شناختی و ۵) باورهای منفی درباره اطمینان شناختی. در زمینه روایی این پرسشنامه، دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمایی برای نمره کل پس از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. شیرین‌زاده‌دستگیری ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهارهفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. همچنین روایی و اعتبار این پرسشنامه را در یک نمونه ایرانی ۲۵۸ نفری بررسی کردند. تحلیل عاملی اکتشافی، پنج عامل فوق را تأیید کرد و اعتبار پرسشنامه به شیوه ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، اعتبار به روش دونیمه کردن برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ و به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۳).

پرسشنامه اجتناب شناختی: این پرسشنامه توسط Sexton & Dugas برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ آیتم، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارت‌اند از: ۱) واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، ۲) جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده، ۳) استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، ۴) اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و ۵) تغییر تصویر ذهنی به افکار کلامی. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. مزیت اصلی پرسشنامه اجتناب شناختی این است که طیف وسیعی از راهبردهای اجتناب شناختی را پوشش می‌دهد. پژوهش حمیدپور و اکبری نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

طی ۶ هفته ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. ضریب اعتبار آزمون از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر برابر ۰/۴۸ به دست آمد. همچنین پرسشنامه اجتناب شناختی در مقایسه با مقیاس‌های نگرانی، سرکوبی افکار و سبک مقابله‌ای، از اعتبار همگرا و واگرای بهتری برخوردار است (۲۴).

برای جمع‌آوری داده‌ها، پس از هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کسب مجوز، به بیمارستان‌های منتخب مراجعه شد و با هماهنگی مدیر بخش پرستاری و پس از توضیحات تکمیلی به پرستاران، مجموعه پرسشنامه‌ها به آن‌ها ارائه شد. جهت استخراج نتایج دقیق و قابل اعتماد، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمار توصیفی از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش ورود استفاده شد.

یافته‌ها

۵۹ نفر از نمونه مورد بررسی (۵۹٪) را زنان و ۴۱ نفر (۴۱٪) را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر گروه‌بندی میزان تحصیلات، بیشترین فراوانی با مدرک لیسانس بودند که ۶۷ نفر (۶۷٪) از کل نمونه را تشکیل می‌دادند. ۲۵ نفر (۲۵٪) دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۶ نفر (۶٪) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و ۲ نفر (۲٪) دارای تحصیلات دکتری بودند. از نظر گروه‌بندی سنی نیز بیشترین فراوانی در بین افراد ۲۵ تا ۳۰ ساله دیده می‌شود که ۲۸/۳۹٪ کل نمونه مورد بررسی را شامل می‌شوند. همچنین ۴۹ نفر (۴۹٪) از نمونه مورد بررسی را متأهلین و ۵۱ نفر (۵۱٪) را مجردین تشکیل می‌دادند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی

	حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد	میانگین آماری	میانگین خطای استاندارد	واریانس
اجتناب شناختی	۴۳	۱۲۵	۱۵/۲۵	۷۸/۹۴	۱/۶۵	۲۳۲/۶۰
باورهای فراشناختی	۲۹	۱۱۵	۱۷/۵۹	۶۴/۲۸	۱/۹۳	۳۰۹/۵۲
نارسایی‌های شناختی	۲۵	۱۲۵	۲۰/۵۰	۴۸/۹۸	۲/۱۴	۴۲۰/۵۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نارسایی‌های شناختی ۴۸/۹۸ ±۲۰/۵۰ و همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اجتناب شناختی ۷۸/۹۴±۱۵/۲۵ و باورهای فراشناختی ۶۴/۲۸±۱۷/۵۹ است. همچنین برای بررسی میزان رابطه نارسایی‌های شناختی با متغیرهای اجتناب شناختی و باورهای فراشناختی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. خلاصه آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین متغیر نارسایی‌های شناختی و متغیرهای باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی

	اجتناب شناختی	باورهای فراشناختی	نارسایی‌های شناختی
اجتناب شناختی	۱		
باورهای فراشناختی	۰/۴۲**	۱	
نارسایی‌های شناختی	۰/۱۸	۰/۶۱**	۱

**P<0/01

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین متغیر باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی همبستگی مثبت وجود دارد؛ ولی بین متغیر اجتناب شناختی و نارسایی‌های شناختی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. همچنین جهت بررسی میزان پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی بر اساس متغیرهای اجتناب شناختی و باورهای فراشناختی، آزمون تحلیل رگرسیون اجرا شد که خلاصه آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری به سبک ورود برای پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی از طریق متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P-value	Tolerance	VIF
مقدار ثابت	۱۲/۲۷	۱۰/۹۶	–	۱/۱۱	۰/۲۶	–	–
باورهای فراشناختی	۰/۷۲	۰/۱۳	۰/۶۰	۵/۳۴	۰/۰۰	۰/۷۹	۱/۲۶
اجتناب شناختی	-۰/۱۲	۰/۱۴	-۰/۰۹	-۰/۸۴	۰/۳۹	۰/۷۹	۱/۲۶
	R=۰/۵۶		R^2=۰/۳۲			ADJ.R^2=۰/۳۰	

در جدول ۳، با توجه به مقدار R^2، مدل مذکور ۳۲ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی پرستاران را پیش‌بینی می‌کند. ضرایب بتای به‌دست آمده نیز نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی با بتای ۰/۶۰، قابلیت پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی نارسایی‌های شناختی پرستاران را دارد ($P<۰/۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی در پرستاران انجام شد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین نمره کل باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات ساعد، پوراحسان و اکبری (۲۰۱۰) که با هدف تعیین همبستگی بین باورهای فراشناختی در دانشجویان انجام شد، همسو است (۳۲). از آنجا که فراشناخت چیزهایی را که به آن‌ها توجه می‌کنیم و نیز عواملی را که به هوشیاری ما وارد می‌شوند، تعیین می‌کند، همچنین فراشناخت ارزیابی‌های ما را شکل می‌دهد پس بر انواع راهبردهایی که برای تنظیم افکار و احساساتمان به کار می‌بریم، اثر می‌گذارد، به‌عبارتی مشکل افراد نتیجه سبک تفکر انعطاف‌ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است. محتوای باورها و افکار، نوع اختلال تجربه‌شده را تعیین می‌کند. برای مثال افکار مربوط به خطر، موجب اضطراب می‌شوند و افکار مربوط به فقدان و بی‌ارزش شمردن خود، به احساس غمگینی منجر می‌شوند. اختلال هیجانی پیامد فرآیندهای فراشناختی است که به شکل‌گیری سبک‌های تفکر خاصی منجر می‌شوند و فرد را در وضعیت‌های طولانی‌مدت و عودکننده پردازش منفی اطلاعات مربوط به خود گرفتار می‌سازد. طبق مدل فراشناخت، نگرانی از باورهای اجتماعی منفی نشأت نمی‌گیرد بلکه از دانش اساسی جداگانه‌ای مشتق شده که همان فراشناخت است که سیستم شناختی فرد را کنترل می‌کند. در این تئوری الگوهای نابهنجار نتیجه فعال‌سازی باورهای فراشناختی است که این باورها در اختلالاتی مثل اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، نگرانی و افسردگی نقش دارد (۲۵). نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد نمره کلی باورهای فراشناختی نقش مهمی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی دارند، همان‌طور که در مطالعات آمده است رویدادهای بالقوه استرس‌زا زمانی در زندگی ما تأثیر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

منفی می‌گذارند که نگرانی ناشی از آن‌ها را تهدیدکننده، مهم و غیرقابل‌کنترل ارزیابی کنیم. در مطالعات مختلف، مدارکی مستدل مؤید بر این هستند که نارسایی‌های شناختی ممکن است اثرات مخرب بر استفاده از استراتژی‌های خاص کنار آمدن در وضعیتها و موقعیت‌های استرس‌زا را به همراه داشته باشند (۲۴ و ۳۰). این نتیجه حاصل شده که افراد دارای نارسایی شناختی بالا، در برابر استرس آسیب‌پذیر هستند چون پردازش توجه به خود، راهبردهای کنار آمدن آن‌ها را ناکارآمد می‌کند. از طرفی دیگر، راهبردهای ناکارآمد فرد را مستعد نارسایی‌های شناختی بیشتری می‌کند، اما افراد دارای فراشناخت مناسب، برای تنظیم عواطف و شناخت خود آن دسته از راهبردها را به کار می‌گیرند که تنش و استرس را کم‌تر می‌کند و هیجان‌های مثبت و سلامت روانی به وجود می‌آورد و در نتیجه باعث می‌شود فرد نارسایی شناختی کم‌تری را تجربه کند (۲۶). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را در میان طیف وسیعی از شاخص‌های آسیب‌پذیری نشان دادند. بر اساس نظریه Wells (۲۰۰۹) باورهای فراشناختی منفی و الگوهای تفکر بر شیوه پاسخ‌دهی فرد به افکار، باورها، علایم و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارند (۱۰). Ellis & Hudson نشان دادند که فراشناخت به عنوان عاملی در نظر گرفته می‌شود که در صورت فعال شدن زمینه‌ساز مشکلات روان‌شناختی می‌شود و بر عملکرد فرد، تأثیر تخریبی دارد. برخی پژوهشگران مطرح کرده‌اند که باورهای فراشناختی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده و تداوم‌دهنده در اختلال-های هیجانی بوده و شکلی کلی از آسیب‌شناسی اختلالات است (۳۳). همچنین نارسایی شناختی با کاهش انعطاف شناختی پرستاران می‌تواند در افزایش اختلال در عملکردهای شناختی نقش مؤثری داشته باشد (۲۷). از آنجایی که یکی از ویژگی‌های بشر رهایی از عدم قطعیت و کسب اطمینان در انجام کارها است (۲۸)، هنگامی که فرد دارای نارسایی و نقصان شناختی است دچار عدم قطعیت است و این عدم قطعیت برای فرد آزاردهنده است. در چنین حالتی فرد برای رهایی از عدم قطعیت برانگیخته می‌شود و یک‌راه استفاده از شناخت‌ها و فراشناخت است (۲۹). همچنین، نتایج تحقیقات دیگر نشان داده است که مؤلفه‌های فراشناختی از عوامل مهم پیش‌بینی کننده نارسایی‌های شناختی می‌باشند و با افزایش فراشناخت مختل، نارسایی‌های شناختی بیشتر خواهد بود و در نتیجه به توجه، تمرکز و حافظه فرد آسیب‌های جدی‌تری وارد می‌شود. این مسئله در مورد کنترل فکر هم صادق است زیرا کنترل فکر در واقع یک نوع فراشناخت است (۳۰). پژوهش Tullis & Benjamin نشان داد که داشتن کنترل بر روی فکر، تنها عاملی است که باعث می‌شود فراشناخت‌های افراد دقیق باشد. همچنین پژوهش طباطبایی، شیخ، ملکی راد و صمدی (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که راهبردهای کنترلی فراشناخت (کنترل فکر) ۴۱ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی را پیش‌بینی می‌کند.

متغیر دیگر پژوهش اجتناب شناختی بود. نتایج نشان داد بین اجتناب شناختی و نارسایی‌های شناختی پرستاران رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در تبیین نتیجه به دست آمده، اجتناب به رهایی از یک عمل یا رهایی از یک شخص یا یک شیء اشاره می‌کند که پریشانی را کاهش می‌دهد ولی در طولانی مدت باعث حفظ اضطراب می‌شود. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست. انواع راهبردهای اجتناب شناختی توسط محققین مختلف گزارش شده است. در تمامی این راهبردها

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

عامل اصلی انحراف ذهن از موضوع نگران کننده به سوی موضوع‌های دیگر است، موضوعاتی که می‌توانند گاهی نگران‌کننده‌تر از موضوع اولیه باشند. این محققین گزارش می‌کنند که فرونشانی فکر و اجتناب از محرک تهدیدکننده منجر به محو کامل افکار نگران‌کننده نمی‌شود بلکه زمینه نشخوار ذهنی آزاردهنده را ایجاد می‌کند (۱۶). با توجه به شرایط خاص محیط بیمارستان که در درازمدت می‌تواند روحیه پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد، نحوه ارزیابی پرستاران از مفید بودن نگرانی، کنترل افکار، خطر نگرانی و غیرقابل‌کنترل بودن آن می‌تواند تأثیر مهمی در سلامت روان آن‌ها داشته باشد و چنانچه نحوه ارزیابی فرد منجر به الگوی تفکر ناکارآمد شود، فرد مستعد ابتلا به اختلالات روان‌شناختی است.

از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- برخی عوامل مربوط به شخصیت افراد و حوادثی که در زندگی فرد رخ داده و میزان حمایت‌های اجتماعی می‌تواند در میزان اضطراب و پردازش‌های شناختی افراد تأثیرگذار باشد که کنترل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج بود.

۲- جهت اندازه‌گیری متغیرها فقط از ابزار خود گزارش‌دهی (پرسشنامه‌ای) استفاده شد، اگر چه ابزارهای به کار گرفته شده در پژوهش حاضر روایی و پایایی مناسبی دارند اما ممکن است پاسخ‌ها تا حدی تحت تأثیر مطلوبیت اجتماعی یا شرایط آزمودنی‌ها هنگام پاسخگویی قرار گرفته باشند.

۳- این پژوهش منحصر به پرستاران شاغل در شهر تبریز بود.

۴- اجرای تمامی مراحل پژوهش توسط خود پژوهشگر که می‌تواند راه را برای سوگیری پژوهشگر هموار سازد.

پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی زیر نیز برای پژوهشگران آینده ارائه می‌شود:

۱- انجام این پژوهش در سایر شهرها و سایر بیمارستان‌ها

۲- انجام این پژوهش با سایر روش‌های نمونه‌گیری

۳- کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی گروه نمونه

۴- پیشنهاد می‌شود پژوهش مجزایی روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های روان‌پزشکی و عادی به صورت مقایسه‌ای انجام گیرد.

۵- استفاده از سایر ابزارهای اندازه‌گیری مثل مشاهده و مصاحبه

۶- از برنامه‌های آموزشی، کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی به منظور مدیریت این متغیر جهت کاهش اضطراب پرستاران استفاده شود.

۷- فراهم کردن محیطی برای کاهش اضطراب پرستاران در بیمارستان‌ها

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیریت محترم بیمارستان‌های امام رضا (ع)، شهدا، امیرالمؤمنین (ع)، شفا و استاد عالی‌نسب تبریز و کلیه پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه ابراز می‌دارم.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی است که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در دانشگاه محقق اردبیلی و با کد اخلاق در پژوهش IR.ARUMS.REC.۱۳۹۷,۱۵۹ تصویب و انجام شد؛ و هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Khaleghkhah A, Babaei M.M, Mozafari N, Sheshgelani Y. Relationships between Nurses' Talent Management and Emotional and Spiritual Intelligence. Journal of Health. 2015; 8(4). 454-463. [Persian]
2. Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. Arch Psychiatr Nurs. 2006; 20(4): 158-65.
3. Aguocha H. Gender and hospital units as indices of nurses' anxiety. Unpublished BSc. 2011.
4. Howarth AL. Will aromatherapy be a useful treatment strategy for people with multiple sclerosis who experience pain? Complement Ther Nurs Midwifery. 2002; 8(3): 138-41.
5. Hadlington L. Cognitive failures in daily life: Exploring the link with Internet addiction and problematic mobile phone use. Comput Human Behav. 2015; 51:75-81.
6. Felver JC, Celis-de Hoyos CE, Tezanos K, Singh NN. A systematic review of interventions for youth in school settings. Mindfulness. 2016; 7(1):34-45.
7. Doorn, R, Lang J, Weijters T. Self-report cognitive failures: A core self-evaluation? Personality & Individual. 2010
8. Abolghasemi A, Kiamerci A. Investigating the Relationship between Prophecy and Cognitive Failure in the Elderly. Cogn Sci. 2009; 11(41): 8-15.
9. Raines AM, Oglesby ME, Capron DW, Schmidt NB. Obsessive-compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. J Obsess-Compuls Rel. 2014; 3, 71-76.
10. Wells A. Meta-cognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press, 2009; 81-86.
11. Moses LJ, Baird JA. Meta-cognition. In: Wilson RA, Keil FC, editors. The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. Cambridge, MA: MIT Press; 2002: 187-205.
12. Colman LK. Maladaptive schemas and depression severity: Support for incremental validity when controlling for cognitive correlates of depression [MA thesis]. Knoxville, Tennessee: University of Tennessee; 2010. Available from: http://trace.tennessee. edu/utk_gradthes/615.
13. Morrison AP, Pyle M, Chapman N, French PK, Parker SK, Wells A. Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: A feasibility study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2014; 45, 280-284.
14. Hjemdal O, Hagen R, Nordahl HM, Wells A. Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration. Cogn Behav Pract. 2013; 35, 301-313.
15. Wells, A. Meta-cognitive therapy: A practical guide. (Ch.9: Major depressive disorder). New York: Guilford Press. 2008.
16. Basaknezhad S, Moeini N, Mehrabizade H. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. J of Behavioral Sciences. 2010; 4(4): 23-24. [Persian].
17. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2006; 20(2): 158-174.
18. Dugas MJ, Buhr K, Ladouceur R. The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In: Heimberg R.G, Turk CL, Mennin DS,editors. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice. New York: Guilford 2004:143-63.
19. Mokhtari S, Khosravi S, Nejatbakhsh A. Comparison of intolerance of uncertainty, worriness, cognitive avoidance, negative problem orientation among people with generalized

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

anxiety disorder, major depression disorder and Normal subject (population). Journal of Research Behavioral Sciences. 2015; 13(2): 155-164. [Pesian].
20. Barghiirani Z, Mohammadi O, Bagian Koulemarz MJ, Bakhti M. The role of cognitive avoidance and decisional procrastination in predicting social anxiety among students. Social Psychology Research. 2015; 4(16). [Persian].
21. Sadridamirchi A, Samadifard HR, Daryadel J, Heidarrirad H, Taghipour B. The relationship of cognitive avoidance and emotional with life expectancy of spouses. Global conference on psychology and educational science at the beginning third millennium. Iran. Shiraz. 2016.
22. Dugas M, RobbiChavd M. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder, translated by Akbari M chini frushan M, Abedian A. arjmand publication. Tehran: The Mighty; 2013.
23. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology, 2008; 14(1): 46-55. [Persian].
24. Hamidpour H, Akbari M, Andooz Z. The psychometric properties of the scale of intolerance Negative orientation to the problem, (WWQ-II) why worry questionnaire - 2, (IUS) dilemmas. (PSWQ) and Penn State Worry Questionnaire (CAQ) Inventory cognitive avoidance. 2009. [Persian]
25. Scragg p. Meta cognitive therapy, Developed by Adrian Wells. Trauma clinic LTD & university collage. London, 2010.
26. Mecacci L, Righi S. Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging. Personality and Individual Differences. 2006; 40 (4): 1453-1459.
27. Noguchi K. Mindfulness as an end-state: construction of a trait measure of mindfulness. Pers Individ Dif. 2017;106: 298-307.
28. Wadsworth EJK, Simpson SA, Moss SC, Smith AP. Minor injuries, cognitive failures and accidents at work: Incidence and associated features. Occupational Medicine. 2005; 55, 99-108.
29. Tenney ER, Spellman BA, McCoun RJ. The benefits of knowing what you know (and what you don't): How calibration affects credibility. Journal of Experimental Social Psychology. 2008; 44, 1368-1375.
30. Fata L, Motayi F, Molodi R, Ziyayi K. Psychometric Correctness of Thought Control Questionnaire and Anxiety Thinking Questionnaire in Iranian Students. J of Methods and psychological models. 2011; 1(1): 81-103. [Persian]
31. Broadbent DE, Broadbent MHP, Jones JL. Performance correlates of self-reported cognitive failure and of obsessionality. British Journal of Clinical Psychology. 2011; 25 (4), 285-299.
32. Saed O, Purehsan S, Akbari S. Correlation among meta-cognitive beliefs and anxietydepression symptoms. Procedia Soc & Behav Sci. 2010; (5): 1685-1689 [Persian].
33. Wells, A. Certwright-Hatton, S. A short form of metacognitons uestionnaire. Behaviour Research and therapy. 2004; 42, 385-396.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]