

The role of Cognitive Avoidance, Meta-cognitive Beliefs and Cognitive Failures in Predicting the State-Trait Anxiety in Nurses

Akbar Atadokht¹, Mohammad Narimani², Hossein Fallahian^{3*}

1- Assistant Professor, PhD in psychology, Faculty of psychology, university of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

2- Professor, PhD in psychology, Faculty of psychology, university of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

3- MSc student, Faculty of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

*Corresponding Author: Hossein Fallahian, Tel: +989149095304, Email: hossein.fallahian1364@gmail.com

Received: 15 March 2019

Accepted: 13 Apr 2019

Abstract

Background & Aim: Anxiety disorders are conditions with the similar feature of extreme fear and anxiety and related behavioral disturbances. This study aimed to evaluate the role of cognitive avoidance, metacognitive beliefs, and cognitive failures in prediction the state-trait anxiety in nurses.

Materials & Methods: This descriptive and correlational research was performed on 100 nurses working in hospitals of Tabriz, Iran in 2018. The research tools included cognitive avoidance questionnaire, metacognitive beliefs questionnaire, cognitive failures questionnaire, and Spielberger anxiety inventory. Moreover, data analysis was performed in SPSS version 24 using Pearson's correlation coefficient and multiple regression model.

Results: In this study, while there was a negative and significant relationship between the anxiety state of nurses and cognitive avoidance ($P < 0.01$), no significant association was found between the mentioned state and variables of metacognitive beliefs and cognitive failures. Furthermore, a negative and significant correlation was observed between anxiety trait of nurses and cognitive avoidance ($P < 0.01$). However, no significant association was found between the mentioned trait and variables of metacognitive beliefs and cognitive failures. Regression results demonstrated that the predictive variables determined 37% of the total variance of anxiety state and 33% of the variance of anxiety trait.

Conclusion: Given the important role of nurses in the improvement and promotion of health of society members, eliminating the stress-causing factors in nurses, especially cognitive avoidance which had a significant relationship with state-trait anxiety of nurses, must be recognized as a health priority.

Keywords: Cognitive Avoidance, Metacognitive Beliefs, Cognitive Failures, State-Trait Anxiety, Nurse

How to cite this article:

Atadokht A, Narimani M, Fallahian H. The role of Cognitive Avoidance, Metacognitive Beliefs and Cognitive Failures in Predicting the State-Trait Anxiety in Nurses. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2019; 5 (1): 35-50.

URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-233-fa.html>

نقش اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در پیش‌بینی اضطراب حالت-صفت پرستاران

اکبر عطادخت^۱، محمد نریمانی^۲، حسین فلاحیان^{۳*}

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 پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال‌های اضطرابی اختلال‌هایی را در بر می‌گیرد که ویژگی مشترک آن‌ها ترس و اضطراب شدید و آشفتگی‌های رفتاری مرتبط با آن است. پرستاران به‌علت دارا بودن شغل پرتنش، اضطراب و نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند. مطالعه حاضر به بررسی نقش اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در پیش‌بینی علائم اضطراب حالت و اضطراب صفت پرستاران پرداخته است.

مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بود که روی ۱۰۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های تبریز انجام شد. شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه‌های اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی، نارسایی‌های شناختی و اضطراب اسپیل برگر مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که اضطراب حالت پرستاران با متغیر اجتناب شناختی رابطه منفی و معنی‌داری داشت ($p < 0/01$) اما با متغیرهای باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی رابطه معناداری نداشت. همچنین اضطراب صفت پرستاران با متغیر اجتناب شناختی رابطه منفی و معنی‌داری داشته ($P < 0/01$) ولی با متغیرهای باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی رابطه معنی‌داری نداشت. نتایج رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای پیش‌بین در مجموع ۳۷٪ از واریانس اضطراب حالت و ۳۳٪ از واریانس اضطراب صفت را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نظر به اینکه پرستاران نقش مهمی در بهبود و ارتقاء سلامت افراد جامعه دارند رفع عوامل زمینه‌ساز، ایجاد کننده واکنش‌های اضطرابی در پرستاران به ویژه اجتناب شناختی که در این مطالعه رابطه معنی‌داری با اضطراب حالت و صفت پرستاران به دست آمد، به عنوان یک اولویت بهداشتی مطرح می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی، نارسایی‌های شناختی، اضطراب حالت - صفت، پرستار.

مقدمه

امروزه، نظام مراقبت سلامت از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی به شمار می‌رود، زیرا حفظ جان انسان‌ها و ارتقاء سلامت جوامع بشری را بر عهده دارد. گسترش این نظام باعث شده است تا دیگر شاهد مرگ‌ومیرهای گسترده در پی اپیدمی بیماری‌های سابقاً کشته‌ناشیم و امید به زندگی بشر نسبت به دو قرن پیش افزایش یابد. یکی از مهم‌ترین عناصر نظام مراقبت سلامت، پرستاران هستند، زیرا بار اصلی مراقبت از بیماران و افراد ناتوان و ارائه خدمات را به عهده دارند. پرستاران از جمله افرادی هستند که ارتباطی تنگاتنگ و نزدیکی با سایر مردم دارند، مسئولیت زندگی و سلامت انسان‌ها را بر دوش می‌کشند و با بیماران و بیماری‌های آن‌ها روبرو هستند. از این رو پیوسته فشار روانی شدیدی را تجربه می‌کنند (۱).

ویژگی‌های شغلی و ویژگی‌های روانی به‌طور دائم در ارتباط متقابل و پویا هستند (۲). پرستاران به علت دارا بودن شغل پرتنش، اضطراب و نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۳). اشکال در تمرکز، توجه هدفمند و حفظ آگاهی به صورت لحظه به لحظه از مشکلاتی هستند که پرستاران در هنگام بالا بودن میزان تنش، در حین کار با آن مواجه هستند (۴). ملکوتی و همکاران (۱۹۹۴) طی تحقیقی مشخص نمودند که میزان استرس با افسردگی و اضطراب در بین کارکنان بیمارستان‌ها و نیز در گروه‌های درمانی و اداری همبستگی مثبت دارد (۵). موسسه بهداشت و ایمنی حرفه‌ای که ارتباط بین وقوع بیماری‌های روانی و اضطراب شغلی را بررسی نموده است،

گزارش می‌کند که در بین ۱۳۰ حرفه مورد مطالعه، پرستاران رتبه ۲۷ را در میزان پذیرش مشکلات روانی حرفه‌ای به خود اختصاص داده‌اند (۶).

اضطراب حالتی از انگیزختگی هیجانی منفی بیان شده است که به واسطه احساس هراس و فقدان کنترل نگرانی مرتبط با رویداد تهدیدزای آینده همراهی می‌شود (۷-۹). از جنبه‌های مختلفی می‌توان به تبیین آسیب‌شناسی روانی اختلال‌های اضطرابی پرداخت و تلاش‌های بسیاری جهت شناسایی عوامل مرتبط با پدیدآیی و تداوم اختلال اضطراب انجام گرفته است. در این راستا، مطالعه‌ای نشان داده است که عوامل خطر اختلال‌های اضطرابی، شامل عوامل محیطی، عوامل ارثی و زیستی می‌شود. به‌طور خاص، عوامل سرشتی (مانند بازداری رفتاری) به میزان زیادی با اضطراب رابطه دارند (۱۰).

با اینکه اختلال اضطراب در جامعه ایرانی ۷-۱۵٪ و در بین دانشجویان ۲۰-۱۲٪ گزارش شده (۱۱)، اما دانشجویان علوم پزشکی و به‌ویژه دانشجویان پرستاری و مامایی، با عوامل تنش‌زای متعددی مواجه می‌شوند و همواره اضطراب را تجربه می‌کنند (۱۲). آقاجانی و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود گزارش کردند، بیش از نیمی از پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی (۵۶/۰۴٪) و بخش‌های ویژه (۵۳/۵۵٪) اضطراب مرگی در حد متوسط و (۱۷/۲۴٪) پرستاران بخش‌های عمومی و (۳۰/۳۲٪) پرستاران بخش‌های ویژه دارای اضطراب شدید می‌باشند (۱۳). اضطراب صفت و اضطراب حالت متغیرهایی هستند که در به وجود آمدن اختلالات اضطرابی نقشی هرچند کوچک، اما فعال دارند (۱۴).

اجتناب شناختی مؤلفه شناختی است که برای تبیین اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود که به تنوع راهبردهایی جهت اجتناب از محتوای تهدیدآمیز شناختی و هیجانی اشاره دارد که شامل دو طبقه راهبردهای ضمنی (خودکار) و راهبردهای آشکار (ارادی) است. استفاده از راهبردهای ضمنی به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر این فرصت را می‌دهد که از محتوای شناختی تهدیدآمیز اجتناب کنند و همچنین این راهبردها، برانگیختگی فیزیولوژیکی ناخوشایند را کاهش می‌دهد (۲۳).

از دیگر مؤلفه‌های تأثیرگذار احتمالی در اضطراب حالت و اضطراب صفت، باورهای فراشناختی است. بر اساس مدل فراشناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب باورهای مثبتی در مورد نگرانی به عنوان وسیله‌ای برای مواجهه با خطر دارند و از نگرانی به عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مسائل آتی و تولید روش‌های مقابله استفاده می‌کنند. با این حال اختلال هنگامی به وجود می‌آید که باورهای منفی درباره نگرانی در فرد فعال شده باشد. این باورهای منفی شامل باورهایی هستند مبنی بر اینکه نگرانی می‌تواند به پیامدهای ناگوار جسمی (مانند حمله قلبی)، روان‌شناختی (مانند فروپاشی روانی)، یا اجتماعی (مانند طرد شدن از سوی دیگران) منجر شود (۲۴). از مدل‌های مطرح در حوزه آسیب‌پذیری شناختی اختلال اضطراب، مدل باورهای فراشناختی است که به گونه‌ای بارز به تبیین اختلال اضطراب با تأکید بر نقش نگرانی آسیب‌شناختی به‌عنوان مشخصه اصلی اختلال اضطراب می‌پردازند (۲۵).

Spilberger اولین کسی بود که اضطراب را به دو بعد اضطراب صفت و اضطراب حالت تقسیم کرد. اضطراب صفت یک ویژگی شخصیتی است که فراوانی و شدت واکنش هیجانی شخص نسبت به فشار را منعکس می‌کند و نشانگر صفت و ویژگی نسبتاً پایدار فرد در آمادگی برای اضطراب است. این نوع اضطراب خصیصه شخصی است نه ویژگی موقعیتی که شخص با آن روبروست. اضطراب حالت یک واکنش هیجانی است که از موقعیتی به موقعیت دیگر تفاوت می‌کند (۱۵). همچنین Spilberger به نقل از Faraki (۲۰۰۷) بیان می‌دارد اضطراب حالت واکنشی است شامل احساس‌های نامطلوب تنش که به صورت آگاهانه ادراک می‌شوند و با برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار مرتبط است. اضطراب صفت همان‌طور که از نام آن برمی‌آید نوعی صفت دیرپای شخصیتی است و به تفاوت‌های نسبتاً ثابت فردی در آمادگی برای مضطرب بودن مربوط است (۱۶).

نخستین متغیری که در اضطراب حالت و صفت پرستاران می‌تواند نقش داشته باشد، اجتناب شناختی است. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر توسط پژوهشگران مختلف گزارش شده است (۱۷). نتایج مطالعات نشان داده است که اجتناب شناختی در اختلالات روانی (۱۸)، اختلالات اضطرابی، خصوصاً اضطراب فراگیر (۱۹)، افسردگی (۲۰)، اضطراب اجتماعی (۲۱) و امید به زندگی (۲۲) نقش دارد.

نارسایی شناختی نتیجه وجود عواملی از قبیل چندوظیفه‌ای بودن و نگرانی است که با خواب آلودگی، اضطراب و فشار کاری در محیط کار همراه است (۳۱). پژوهش‌های Sullivan & Payne (۲۰۰۷)، Araksinen و همکاران (۲۰۰۵)، قمری و خوشنام (۱۳۹۲) و لاریجانی، محمدخانی، حسنی، سپاه منصور و محمودی (۱۳۹۳)، نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر از نارسایی شناختی رنج می‌برند (۳۵-۳۲).

با توجه به شیوع بالای اختلالات اضطرابی در جامعه و مشاغل گوناگون، به‌خصوص در حرفه پرستاری که با تنش‌ها و مسائل مربوط به زندگی انسان‌ها درگیر هستند، شناخت متغیرهای روان‌شناختی که به نحوی با اضطراب 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 اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی می‌تواند در پیش‌بینی علائم اضطراب حالت و اضطراب صفت پرستاران نقش داشته باشد؟

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

بیشتر اختلال‌های اضطرابی در فرآیند پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و همچنین باورهای مثبت و منفی فراشناختی نیز اختلال دارند (۲۶). فراشناخت اشاره به ساختارهای روان‌شناختی، دانش، رویدادها و فرآیندهایی دارد که در کنترل، اصلاح و تفسیر تفکر نقش دارند. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این متغیر ممکن است به‌عنوان عوامل بالقوه در تحول نشانه‌ها و مؤلفه‌های اضطرابی تلقی شود (۲۷). با بررسی نقش باورهای فراشناختی در همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، می‌توان به اهمیت بالینی آن در روان‌درمانی پی برد. باورهای فراشناختی به‌عنوان پایه و اساس ایجاد و سبب‌شناسی بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است (۲۴). باورهای فراشناختی پیش‌بینی کننده مهمی برای ایجاد و حفظ اختلالات اضطراب و افسردگی هستند (۲۸). فراشناخت‌ها توجه را هدایت می‌کنند، سبک تفکر را تعیین می‌کنند و پاسخ‌های مقابله‌ای را به شیوه‌ای هدایت می‌کنند که به دانش ناکارآمد منجر می‌شود (۲۴).

شواهد زیادی در زمینه نقش نارسایی‌های شناختی در اختلالات اضطرابی وجود دارد (۲۹). از نظر Wallas نارسایی شناختی ساختاری چندبعدی است که دارای سه مؤلفه 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 منحرف شده ارتباط دارد (۳۰).

پرسشنامه اجتناب شناختی در مقایسه با مقیاس‌های نگرانی، سرکوبی افکار و سبک مقابله‌ای، از اعتبار همگرا و واگرایی بهتری برخوردار است (۳۷).

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 (۳۸). این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت است که فرد میزان موافقت خود را بر روی یک مقیاس از ۱ تا ۴ درجه بندی 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 کنترل‌پذیری 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. شیرین زاده دستگیری 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 چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد.

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 انتخاب‌شده، 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 اجتناب شناختی: این پرسشنامه توسط Sexton & Dugas برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است (۳۶). 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 نگران‌کننده، (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 نمره گذاری 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 طی ۶ هفته ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. ضریب اعتبار آزمون از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر برابر ۰/۴۸ به دست آمد.

وجه ممکن احساس آن‌ها را بیان می‌نماید، انتخاب کنند. همچنین برای پاسخگویی به مقیاس اضطراب صفت، آزمودنی‌ها باید یکی از گزینه‌های تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، بیشتر اوقات (۳) و تقریباً همیشه (۴) را که نشان‌دهنده احساس معمولی و غالب آن‌ها است، انتخاب کنند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های اضطراب حالت و اضطراب صفت را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰، همچنین ضرایب بازآزمایی مقیاس اضطراب حالت از ۰/۱۶ تا ۰/۸۶ و برای مجموع، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بود (۴۳). این پرسشنامه در ایران توسط مهرام (۱۳۷۳) هنجاریابی شده است (۴۴).

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

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 دو نیمه 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 (۳۹).

پرسشنامه نارسایی‌های شناختی: این پرسشنامه را Broadbent و همکاران (۱۹۸۲) تهیه کرده‌اند که شامل ۲۵ ماده در ۴ خرده مقیاس حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی (فراموشی) است (۴۰). پاسخ به هر ماده در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» است و نمره بالاتر نشان‌دهنده نارسایی‌های شناختی بیش‌تر است. Macasi & Reigi (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش کردند (۴۱). Wallace (۲۰۰۴) در بررسی خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۹۱ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۴ و مقدار اعتبار بازآزمایی برابر ۰/۸۲ و ضریب روایی یا اعتبار آن را ۰/۵۱ گزارش کرد (۴۲).

پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیل برگر: این پرسشنامه ۴۰ ماده دارد و شامل دو مقیاس اضطراب حالت و اضطراب صفت است که هر کدام را با ۲۰ ماده می‌سنجد. برای پاسخگویی به اضطراب حالت، آزمودنی‌ها باید یکی از گزینه‌های خیلی کم (۱)، کم (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) را که به بهترین

و ۲ نفر (۰/۲٪) 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 (۰/۴۹٪) از نمونه مورد بررسی را متأهلین و ۵۱ نفر (۰/۵۱٪) را مجردین تشکیل می‌دادند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی اضطراب حالت و اضطراب صفت بر اساس متغیرهای اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی

حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد	میانگین آماری	میانگین خطای استاندارد	واریانس
۴۳	۱۲۵	۱۵/۲۵	۷۸/۹۴	۱/۶۵	۲۳۲/۶۰
۲۹	۱۱۵	۱۷/۵۹	۶۴/۲۸	۱/۹۳	۳۰۹/۵۲
۲۵	۱۲۵	۲۰/۵۰	۴۸/۹۸	۲/۱۴	۴۲۰/۵۸
۱۷	۴۰	۵/۰۵	۲۸/۳۱	۰/۵۴	۲۵/۵۱
۱۳	۳۶	۵/۳۵	۲۵	۰/۵۶	۲۸/۶۳

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد اضطراب حالت ۲۸/۳۱ و ۵/۰۵ و اضطراب صفت ۲۵ و ۵/۳۵ و همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اجتناب شناختی ۷۸/۹۴، باورهای فراشناختی ۶۴/۲۸، ۱۷/۵۹ و نارسایی‌های شناختی ۴۸/۹۸، ۲۰/۵۰ است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین متغیر اضطراب حالت و اضطراب صفت و متغیرهای اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی

اضطراب صفت	اضطراب حالت	نارسایی‌های شناختی	باورهای فراشناختی	اجتناب شناختی
				۱
			۱	۰/۴۲**
		۱	۰/۶۱**	۰/۱۸
	۱	-۰/۱۹	-۰/۱۹	-۰/۲۹**
۱	۰/۸۴**	-۰/۲۰	-۰/۲۱	-۰/۲۸*

**p=۰/۰۱ و *p=۰/۰۵

جدول ۲ نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری بین متغیر اجتناب شناختی و اضطراب حالت و اضطراب صفت وجود دارد. ولی بین متغیرهای باورهای فراشناختی و همچنین نارسایی‌های شناختی با اضطراب حالت و اضطراب صفت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. همچنین جهت بررسی میزان پیش‌بینی اضطراب حالت

و اضطراب صفت بر اساس متغیرهای اجتناب شناختی،
 باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی، آزمون
 تحلیل رگرسیون اجرا شد که خلاصه آن در جداول ۳
 و ۴ گزارش شده است.

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

VIF	Tolerance	P-value	T	Beta	SE	B	متغیرهای پیش‌بین
		۰	۱۱/۷۱	-	۳/۲۱	۳۷/۶۵	مقدار ثابت
۱/۲۸	۰/۷۸	۰/۱۳۲	-۱/۵۲	-۰/۲۰	۰/۰۴	-۰/۰۶	اجتناب شناختی
۱/۷۳	۰/۵۷	۰/۲۹۲	-۱/۰۶	-۰/۱۶	۰/۰۴	-۰/۰۵	باورهای فراشناختی
۱/۴۱	۰/۷۰	۰/۴۶۸	-۰/۷۳	-۰/۱۰	۰/۰۳	-۰/۰۲	نارسایی‌های شناختی
ADJ.R ² =۰/۰۹ و R ² =۰/۱۳، R=۰/۳۷							

در جدول ۳، با توجه به مقدار R²، مدل مذکور ۱۳ درصد از واریانس اضطراب حالت پرستاران را پیش‌بینی می‌کند. ضرایب بتای به دست آمده نیز نشان می‌دهد که اجتناب شناختی با بتای -۰/۲۰، قابلیت پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی اضطراب حالت پرستاران را دارد (P<۰/۰۱).

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری به سبک ورود برای پیش‌بینی اضطراب صفت از طریق متغیرهای پیش‌بین

VIF	Tolerance	P-value	T	Beta	SE	B	متغیرهای پیش‌بین
		۰	۹/۸۷	-	۳/۴۸	۳۴/۴۲	مقدار ثابت
۱/۲۶	۰/۷۸	۰/۱۰۵	-۱/۶۴	-۰/۲۱	۰/۰۴	-۰/۰۷۵	اجتناب شناختی
۱/۷۹	۰/۵۵	۰/۴۹۹	-۰/۶۸	-۰/۱۰	۰/۰۵	-۰/۰۳۵	باورهای فراشناختی
۱/۴۷	۰/۶۷	۰/۴۷۱	-۰/۷۲	-۰/۱۰	۰/۰۳	-۰/۰۲۷	نارسایی‌های شناختی
ADJ.R ² =۰/۰۶ و R ² =۰/۱۱، R=۰/۳۳							

در جدول ۴، با توجه به مقدار R²، مدل مذکور ۱۱ درصد از واریانس اضطراب صفت پرستاران را پیش‌بینی می‌کند. ضرایب بتای به دست آمده نیز نشان می‌دهد که اجتناب شناختی با بتای -۰/۲۱، قابلیت پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی اضطراب صفت پرستاران را دارد (P<۰/۰۱). نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که رابطه منفی و معنی‌داری بین نمره کل اجتناب شناختی و علائم اضطراب حالت وجود دارد. همین‌طور بین متغیر اجتناب شناختی و علائم اضطراب صفت رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. همچنین در بررسی رابطه ابعاد باورهای فراشناختی و علائم اضطراب حالت، نتایج تحلیل همبستگی نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری وجود ندارد؛ و بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل‌پذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی) با

محققین دیگر نشان می‌دهد راهبرد اجتناب شناختی به دلیل ایجاد تفکرات غیرمنطقی می‌تواند منجر به اضطراب گردد؛ بنابراین طبق یک رابطه خطی چندگانه، پرستاران مضطرب در قبال رویدادهای نگران‌کننده، پردازش پس رویدادی دارند و در جریان این پردازش از راهبردهای اجتناب شناختی استفاده می‌کنند. در تبیین نتیجه به دست آمده، اجتناب به رهایی از یک عمل یا رهایی از یک شخص یا یک شی 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 (۴۶). نتایج پژوهش Dickson و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده است که اجتناب شناختی در اضطراب نقش دارد (۴۷). راهبردهای اجتناب شناختی در ظاهر راهبردهای مؤثری هستند، ولی در درازمدت باعث افزایش اضطراب می‌شوند. در مجموع نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات دیگر (۴۸) و (۴۹) از نقش اجتناب شناختی در دچار شدن به اضطراب حمایت می‌کند.

این یافته‌ها با نتایج مطالعات ساعد، پوراحسان و اکبری (۱۳۸۹) که با هدف تعیین همبستگی بین باورهای فراشناختی در دانشجویان انجام شد، همسو است (۵۰). نتایج پژوهش حاضر در مورد رابطه باورهای فراشناختی و علائم اضطراب با یافته‌های پژوهش بهرامی و رضوان (۱۳۸۶) که در پژوهش خود نشان دادند که باورهای فراشناختی منفی و مثبت می‌توانند سبب تداوم نگرانی شوند، همسو نیست

علائم اضطراب حالت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. طبق یافته‌ها، بین کلیه ابعاد باورهای فراشناختی و اضطراب صفت رابطه‌ای وجود ندارد. متغیر دیگری که در این پژوهش بررسی شد، نارسایی‌های شناختی بود که در این تحقیق رابطه معنی‌داری بین این متغیر و اضطراب حالت پرستاران به دست نیامد. همچنین بین ابعاد نارسایی‌های شناختی و اضطراب صفت پرستاران نیز رابطه معنی‌داری به دست نیامد.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی نقش اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در پیش-بینی اضطراب حالت و اضطراب صفت پرستاران انجام شد. این یافته با کارهای اولیه Kashdan & Roberts (۲۰۰۴)، Sexton & Dugas (۲۰۰۸) و بساک نژاد (۲۰۱۰) هماهنگ است (۱۷ و ۳۶ و ۴۵). بر اساس این دیدگاه در اضطراب، افراد تلاش می‌کنند تا ذهن خود را از نگرانی‌های ناشی از حوادث محیطی و رخداد‌های نگران‌کننده در روابط بین فردی رهایی دهند؛ بنابراین آنچه را که در ذهن خود نشخوار می‌کنند و آن را مکرراً به یاد می‌آورند، با استفاده از فرونشانی فکر، جانشینی فکر و تبدیل تصور به فکر تغییر می‌دهند که چندان هم اضطراب آن‌ها را کاهش نمی‌دهد. همان‌طور که بساک نژاد (۲۰۱۰) روی جمعیت دانشجویی نشان داد که جانشینی فکر و تبدیل تصور به فکر بیشترین واریانس را با اضطراب دارد مطالعه کنونی نیز نشان می‌دهد از میان انواع پردازش‌های شناختی، اجتناب شناختی بهترین پیش-بینی کننده اضطراب حالت و اضطراب صفت است (۱۷)؛ بنابراین یافته‌های کنونی هماهنگ با یافته‌های

اضطراب و نگرانی بیش از حد، درباره اکثر فعالیت‌های روزمره مرتباً دستخوش اشکالاتی در حافظه و توجه خود می‌شوند. در واقع، اضطراب فرآیند توجه، تمرکز، کارکرد حافظه و پردازش اطلاعات را مختل می‌کند. قمری و خوشنام (۱۳۹۲) و لاریجانی و همکاران (۱۳۹۳) Doorn و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش‌های خود همسو بودن کاهش توجه و نارسایی حافظه در اختلال افسردگی و اضطراب را نشان داده‌اند (۳۴ و ۳۵ و ۵۳). 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. 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 (۴۱).

یافته‌ها باید با توجه به محدودیت‌های آن مورد توجه قرار گیرد. محدودیت اول، برخی عوامل مربوط به شخصیت افراد و حوادثی که در زندگی فرد رخ داده و میزان حمایت‌های اجتماعی می‌تواند در میزان اضطراب و استرس افراد تأثیرگذار باشد که کنترل

(۵۱). 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. به عبارتی مشکل افراد، نتیجه سبک تفکر انعطاف‌ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است. محتوای باورها و افکار، نوع اختلال تجربه شده 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 ناهنجار نتیجه فعال‌سازی باورهای فراشناختی است که این باورها در اختلالاتی مثل اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، نگرانی و افسردگی نقش دارد (۵۲).

در پژوهش حاضر نارسایی‌های شناختی به صورت خود گزارشی سنجیده شد؛ به عبارت دیگر شرکت‌کنندگان میزان نارسایی شناختی خود را، خودارزیابی کردند. یکی از تبیین‌هایی که در زمینه نارسایی شناختی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌توان ذکر کرد این است که این افراد احتمالاً به دلیل داشتن

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 از جمله اضطراب است. نظر به اینکه پرستاران نقش مهمی در بهبود و ارتقاء سلامت افراد جامعه دارند رفع عوامل زمینه‌ساز، ایجاد کننده واکنش‌های اضطرابی در پرستاران به ویژه اجتناب شناختی که در این مطالعه رابطه معنی‌داری با اضطراب حالت و صفت پرستاران به دست آمد، به عنوان یک اولویت بهداشتی مطرح می‌گردد.

تشکر و قدردانی

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

آنها از عهده پژوهشگران خارج بود. 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 فرم‌های مصاحبه‌ای ساختار یافته پیشنهاد می‌شود و نیز ارزیابی بر اساس مصاحبه صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابهی در جمعیت بالینی صورت گیرد، شایان‌ذکر است که مطالعاتی با این هدف می‌توانند به عنوان قیاس با مطالعه حاضر درجه جدیدی در راستای بررسی بهتر مشکلات افراد بگشایند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به منظور بررسی بهتر واکنش‌های هیجانی نظیر موضوع پژوهش حاضر، پرسشنامه مدون با فواصل زمانی کوتاه برای پرستاران استفاده گردد. این نکته به تدوین برنامه‌های درمانی جهت کنترل واکنش‌ها نیز کمک شایانی خواهد نمود. با توجه به شرایط خاص محیط بیمارستان که در درازمدت می‌تواند روحیه پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد، نحوه ارزیابی پرستاران از انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر می‌تواند

References

1. Boustanipour L, Saberi H, Soheili A. Prediction of Level of Aggression And Interpersonal Problems In ed Nurses Based on Their Occupational Stress. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2017; 15 (6):478-487.
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. Park Y-M, Kim SY. Impacts of job stress and cognitive failure on patient safety incidents among hospital nurses. *Safety and health at work*. 2016;4(4):210-5.
4. Aguocha H. Gender and hospital units as indices of nurses' anxiety. 2011; Unpublished BSc Project.
5. Malakooti K, Bakhshani N, Zohravi T. Studying Occupational Stressors Among Hospital Employees of Zahedan University of Medical Sciences. *IJPCP*. 1994; 1 (2 and 3):76-86. [In Persian]
6. 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.
7. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 2000; 55, 1247-1263.
8. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2002; (2nd ed). New York: Guilford Press.
9. Weems C, Silverman W. Anxiety disorders. In T. P. Beauchaine, & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology*, 2008; (447-476). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
10. Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008, 38, 390-401.
11. Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Journal of Medical Education and Development*. 2015; 10(1): 47-56. [In Persian]
12. Gasemnejhad SM, Barkhordary M. Frequency of anxiety and its relation with depression and other individual characteristics in nursing students. 2013; 22, 68 (Persian).
13. Aghajani M, Valiee S, Toli A. Death anxiety amongst nurses in critical care and general wards. *Iran journal of Nursing*, 2010, (67)23: 59-68, [In Persian]
14. Mohammadzadeh A , Jomehri-Kohneshahri SR. The Comparison of Personality Traits, Trait State Anxiety and Existential Anxiety among Patients with Generalized Anxiety Disorder and Normal People. 2017. 29(8): 83-92. [In Persian]
15. Spielberger CD. *Manual for state- trait anxiety inventory (Form Y): ("self-evaluation questionnaire")*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.1983.
16. Faraki D. The relationship between trait anxiety and goal orientation with academic self-efficacy in second grade technical school students of Shahriyar City [Dissertation]. Tehran, Iran: Tehran University. 2007. [In Persian]
17. 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. [In Persian]

18. 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.
19. 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.
20. Mokhtari S, Khosravi S, Nejatbakhsh A. Comparison of intolerance of uncertainty, worry, cognitive avoidance, negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and Normal subject (population). *Journal of Research Behavioral Sciences.* 2015; 13(2): 155-164. [In Persian]
21. 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). [In Persian]
22. Sadridamirchi A, Samadifard HR, Daryadel J, Heidarrirad H, Taghipour B. The relationship of cognitive avoidance and emotional with life expectancy of spouses. 2016; Global conference on psychology and educational science at the beginning third millennium. Iran. Shiraz. [In Persian]
23. Dugas M, RobbiChavd M. *Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder*, 2013; translated by Akbari M chini frushan M, Abedian A. Arjmand Publication. Tehran: The Mighty.
24. Wells, A. *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression.* 2009; New York: Guilford Press, 81-86. AACN Scope and Standards for Acute and Critical Care Nursing Practice, American Association of CriticalCare Nurses, Editor: Linda Bell.
25. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(8): 1011-23.
26. Bahadori M, Jahanbakhsh M, Kalantari M, Molavi H. Effects of Meta-Cognitive Therapy on Symptoms of Social Phobia Patients. *Armaghane danesh.* 2011; 16 (1) :21-30 [In Persian]
27. Raines AM, Oglesby ME, Capron DW, Schmidt NB. Obsessive-compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2014, 3: 71-76.
28. Corcoran KM, Segal ZV. Meta-cognition in depressive and anxiety disorder: current directions. *Inter, J of Cogn ther.* 2008, 1(1): 33-44.
29. Carrigan N, Barkus E. A systematic review of cognitive failures in daily life: Healthy populations. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;63: 29-42.
30. 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.

31. Felver JC, Celis-de Hoyos CE, Tezanos K, Singh NN. A systematic review of mindfulnessbased interventions for youth in school settings. *Mindfulness*. 2016;7(1):34-45.
32. Sullivan B, Payne TW. Affective disorders and cognitive failures: a comparison of seasonal and nonseasonal depression. *Am J Psychiatry*. 2007;164(11):1663-7.
33. Airaksinen E, Larsson M, Forsell Y. Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: evidence of episodic memory dysfunction, *Journal of Psychiatric Research*. 2005, 39(2), 207-214.
34. Gamari M, KHoshnam AH. Predicting the quality of life of students through the use of different types of stress coping strategies. *J of Psychological studies*. 2014; 9(3). [In Persian]
35. Larijani ZS, Mohammadkhani P, Hasani F, Sepahmansor M, Mahmodi GH. Comparing the effectiveness of cognitive-based cognitive therapy and metacognitive therapy in students with depression symptoms, positive and negative meta-cognitive beliefs about rumination and experiential avoidance. *J of Psychological studies*. 2015; 10(2). 27-50. [In Persian]
36. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *J Anxiety Disord*. 2008; 22(3):355-70.
37. 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. [In Persian]
38. Wells A, Certwright-Hatton S. A short form of metacognitons uestionnaire. *Behaviour Research and therapy*. 2004, 42, 385-396.
39. 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. [In Persian]
40. Broadbent DE, Cooprr PF, Fitzgerald P, Parkes KR. The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *Bri J Clin Psychol*. 1982; 21:1-16.
41. Mecacci L, Righi S. Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40 (4): 1453-1459.
42. Wallace JC. Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. *Pers Individ Dif*. 2004;37(2):307-24.
43. Spielberger ED, Gorusch RL. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1970.
44. Mahram B. The manual anxiety inventory (Spiel Berger State-Trait). *Journal of Mashhad University of Psychology Sciences* 1995; 34: 4-9. [In Persian]

45. Kashdan TB, Roberts JE. Social anxiety, depression and post event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Anxiety Disord.* 2004;21:284-301.
46. Hayes SC, Smith S. *Get out of your mind and your life: the new acceptance and commitment therapy.* Oakland, CA: New Harbinger, 2005.
47. Dickson KS, Ciesla JA, Reilly LC. Rumination Worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: examination of temporal effects. *Behav ther.* 2012, 43(3), 629-640.
48. Kashdan TB, Breen WE, Afram A, Terhar D. Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *J Anxiety Disord.* 2010. 24(5): 528-534.
49. Salters-Pedneault K, Tull MT, Roemer L. The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Appl Prev Psychol.* 2004. 11(2): 95-114.
50. Saed O, Purehsan S, Akbari S. Correlation among meta-cognitive beliefs and anxietydepression symptoms. *Procedia Soc & Behav Sci.* 2010; (5): 1685-1689. [In Persian]
51. Bahrami F, Rezvan, SH. The Relationship between Anxious Thoughts and Metacognitive Beliefs in High School Students with Generalized Anxiety Disorder. *J of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran.* 2007; 13(3). 249-255. [In Persian]
52. Scragg p. *Meta cognitive therapy ,Developed by Adrian Wells.* Trauma clinic LTD & university collage. 2010; London.
53. Doorn, R., Lang, J. & Weijters, T. Self-report cognitive failures: A core self-evaluation? 2010; *Personality & Individual.*