مقاله
پژوهشی

# اثر بخشی آموزش تکنیک های فراشناختی بر سبک زندگی

ابراهیم نامنی[1]، ملیحه شیردل[2]*، علی جهانگیری[3]

[1]استادیار مشاوره، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران
[2]دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، بجنورد، ایران
[3]استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران
***نویسنده مسئول:** دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، بجنورد، ایران
پست الکترونیک: maliheshirdel@yahoo.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** *پژوهش های مختلف نشان داده است که آموزش تکنیک های فراشناختی در سلامت روان و بهبود زندگی افراد موثر می باشد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های فراشناختی (آموزش توجه و ذهن آگاهی) بر سبک زندگی پرستاران شهر بجنورد می باشد.*

**مواد و روش کار:** *پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی (پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام زنان پرستار شاغل و متاهل بیمارستان های شهر بجنورد در سال ۹۴ می باشد. از بین زنان پرستار شاغل و متاهل، ۳۰ پرستار به صورت نمونه گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. قبل از اجرای مداخله آموزشی، پیش آزمون در هر دو گروه انجام شد. تکنیک های فراشناختی (آموزش توجه و ذهن آگاهی) برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته اجرا شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون گرفته شد. داده های با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

**یافته ها:** *نتایج نشان داد که آموزش تکنیک های فراشناختی تغییرات قابل توجهی در نمرات آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل ایجاد کرد و موجب بهبودی در همه ابعاد سبک زندگی پرستاران شد. ($p<0/001$)*

**نتیجه گیری:** *از طریق آموزش تکنیک های فراشناختی (توجه و ذهن آگاهی) می توان به بهبود سبک زندگی پرستاران کمک کرد.*

**واژه های کلیدی:** *تکنیک های فراشناختی، سبک زندگی، پرستاران*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۶؛ دوره ۹ (۱): ۱۴۶-۱۳۵
Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2017;9(1):135-146

وصول: ۹۵/۰۳/۱۲
اصلاح: ۹۵/۰۶/۰۹
پذیرش: ۹۵/۰۶/۲۳

***DOI:*** *http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1129-fa.html*
***Cite this article as:*** *Nameni E, Shirdel M, Jahangiri A. The study of effectiveness metacognitive techniques educationon life style of married women nurses in Bojnoord . JNKUMS. 2017; 9 (1) :135-146*

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

## مقدمه

سبک زندگی شیوه ای نسبتا پایدار است که فرد اهداف خود را به آن طریق دنبال می کند. این شیوه ها حاصل زندگی دوره کودکی فرد است [۱]. سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی را الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخص، تعاملات اجتماعی و موقعیت های محیطی و اجتماعی – اقتصادی حاصل می شود [۲]. اصطلاح سبک زندگی برای اولین بار توسط آلفرد آدلر[1](۱۹۲۲) مطرح شد. وی معتقد است سبک زندگی براساس تعامل های اجتماعی که در سالهای نخست زندگی صورت می گیرد، فرا گرفته می شود. این جریان در سن ۴ یا ۵ سالگی در کودک تبلور می یابد. سبک زندگی شکل گرفته، چارچوب راهنمای رفتارهای آتی می گردد. ماهیت سبک زندگی به ترتیب تولد و نیز چگونگی رابطه میان والد و کودک و ارتباط فرزندان با یکدیگر و گروه همسالان خویش بستگی دارد [۳، ۴]. سبک زندگی مهمترین عاملی است که هر کس زندگی اش را بر اساس آن تنظیم می کند. بر این اساس سبک زندگی مجموعه عقاید، طرحها و نمونه های عادتی رفتار، هوی و هوس ها، تبیین شرایط اجتماعی یا شخصی است که تعیین کننده نوع خاص واکنش فرد می باشد [۵]. مولفه های سبک زندگی سالم شامل مولفه های جسمانی و روانی است. بعد جسمانی شامل تغذیه، ورزش و خواب، و بعد روانی شامل ارتباطات اجتماعی، سازش با استرس، روش های یادگیری و مطالعه و معنویت می باشد. یافته های کاستا، مک کری و دای[2] [۶] نشان داد که نوع تلاش های فردی که فرد در سبک زندگی خود دارد با میزان سلامت روانی و میزان تضاد و دوسوگرایی و عکس العمل ها و واکنش های فرد در اجتماع و محیط کار ارتباط دارد. شاخص های شناخته شده سبک زندگی شامل فعالیت های فیزیکی، اوقات فراغت، خواب و بیداری، روابط اجتماعی، روابط خانوادگی، معنویت، ایمنی و آرامش و تغذیه می باشد. هر یک از این ها به منزله بزرگراهی از راههای زندگی افراد محسوب می شوند [۷].

امروزه اکثر بیماری های جسمانی جزء بیماری ها روان تنی تقسیم بندی می شوند. بیماری های روان تنی جزء آن دسته از بیماری هایی هستند که تظاهر جسمانی دارند ولی ریشه و عامل اصلی شکل گیری آنها عوامل روانی می باشند. این بیماریها روان تنی کاملا مرتبط با سبک زندگی ما می باشند [۸، ۹، ۱۰]. به طوری که بسیاری از ناخوشی های آدمی از جمله بیماری های قلبی – عروقی، تنفسی، سیستم حرکتی، عضلانی و غیره به طور مستقیم یا غیر مستقیم از شیوه زندگی فرد ناشی می شوند یا حداقل آنکه شیوه زندگی در تشدید یا دوام آن ها نقش دارد [۱۱، ۱۲]. طی بررسی های مختلف افراد دارای مشاغل سخت، در معرض آسیب های جدی روانشناختی قرار دارند و سبک زندگی آنها می تواند در سلامت روان و بازدهی فعالیت های شغلی تاثیر گذار باشد [۱۳].

پیشگیری از بیماری های متاثر از سبک زندگی و ارتقاء سطح سلامت روانی فردی و جمعی مستلزم آگاهی از این موضوع است که سبک های زندگی مخرب چگونه سلامت افراد را به خطر می اندازند [۱۴، ۱۵]. ماهیت مشاغل بهداشتی به ویژه حرفه پرستاری به گونه ای است که با درجه بالایی از استرس همراه است [۱۶، ۱۷]. پرستاران بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات سلامت در همه کشورها بوده و کیفیت خدمات آنها بطور مستقیم با اثربخشی سیستم های بهداشتی – درمانی در ارتباط می باشد [۱۸]. رشته پرستاری به سبب ماهیت خود همواره با عوامل استرس زای بیشتری نسبت به سایر مشاغل در ارتباط است. عواملی همچون مرگ، بیماری، تقاضای زیاد در محل کار، فشار کاری زیاد، کمبود آگاهی، کمبود حمایت از علل این استرس ها می باشند [۱۹]. بخش های کاری متفاوت به دلیل دارا بودن مقدار متفاوتی از شرایط استرس زا می توانند تاثیرات متفاوتی بر وضعیت بهداشت روانی و معنای زندگی کارکنان داشته باشد [۲۰]. پرستاران شاغل در بیمارستان به دلیل سختی کار، شیف های کار شبانه، مسئولیتهای مختلف در زندگی ( محیط کار، زندگی زناشویی و فرزندان) دچار فرسودگی شغلی و نارضایتی از زندگی می شوند [۲۱].

یکی از رویکرد های موثر روانشناختی در درمان اختلالات روانی، درمان فراشناختی است. این دیدگاه بر باورها و

1-Alfred Adler
2-Costa P.T., McCrae R. R., Dye D .A.

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت موثر است [۲۲]. درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می کند که برخلاف دیدگاه سنتی شناختی بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی تمرکز ندارد [۲۳]. هدف اصلی درمان فراشناختی، توانا کردن بیماران به گونه ای است که با افکارشان به گونه ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند [۲۴]. به عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می دهد تا خودش را از مکانیزم هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی طرح و برنامه ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی ریزی کند [۲۵، ۲۶]. هدف اساسی آموزش فراشناختی، خودکنترلی و خودآموزی است تا فراگیران یادگیرندگان مستقلی شوند که بتوانند فرآیندهای شناختی یادگیری شان را در جهت اهداف تعیین شده خود هدایت، نظارت و اصلاح کنند [۲۸،۲۷].

پژوهشهای متعددی اثربخشی درمان فراشناختی را برروی اختلالات مختلف روانی تایید کرده است [۲۹-۳۴]. به نظر می رسد می توان با آموزش تکنیک های فراشناختی به بهبود سبک زندگی افراد نیز کمک کرد. لذا این پژوهش در صدد یافتن پاسخ علمی به این سوال است که آیا آموزش تکنیک فراشناختی بر بهبود سبک زندگی زنان پرستار شاغل و متاهل موثر است؟

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی ( پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل نابرابر ) می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان پرستار شاغل و متاهل در بیمارستان های شهر بجنورد در سال ۹۴ می باشد. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از پرستاران شاغل زن متاهل در بیمارستان های بجنورد بودند که به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و در دسترس انتخاب شدند و به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)، به طور تصادفی گمارش شدند. آزمودنی ها برای شرکت در پژوهش، توافق آگاهانه خود را اعلام داشتند. آزمودنی های گروه کنترل (تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند). به آنها اطمینان داده شد که بعد از پایان دوره پژوهشی، تحت آموزش قرار خواهند گرفت. ملاک های ورود به دوره آموزشی عبارت بود از: سطح تحصیلات افراد حداقل فوق دیپلم باشد، به هیچ یک از اختلال های سایکوتیک مبتلا نبوده باشند (بر اساس تشخیص روانپزشک). به سوء مصرف مواد مبتلا نباشند، افراد در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشته باشند، برای کنترل متغیر های مزاحم مقرر گردید که حداقل از یک ماه قبل و در حین اجرای پژوهش، تحت هیچگونه آموزش روانشناختی قرار نگیرند، موافقت افراد برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای فرم رضایت نامه کتبی انجام پذیرفت. در پیش آزمون کلیه آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل علاوه بر اطلاعات مربوط به ویژگیهای جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تاهل، پرسشنامه سبک زندگی LSQ را نیز تکمیل نمودند. سپس گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه (هفته ای یک بار وهر جلسه بمدت ۹۰ دقیقه) توسط پژوهشگر تحت آموزش فنون فراشناختی قرار گرفتند.

خلاصه ای از برنامه آموزش و اهداف هر جلسه در جدول یک آورده شده است:

پس از اتمام دوره آموزش تکنیک های فراشناختی، پرسشنامه سبک زندگی، بار دیگر برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

ابزار پژوهش: پرسشنامه سبک زندگی ۷۰LSQ سوالی بوده و توسط لعلی، عابدی و کجباف [۳۵] در سال ۱۳۹۱ ساخت و اعتبار یابی گردیده است و هدف آن ارزیابی۱۰ بعد مختلف سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده و دارای ۶ طیف از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم است که امتیاز مربوط به هر گزینه به ترتیب از ۱ تا ۶ است. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع می کنند.

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

جدول ۱: خلاصه برنامه آموزش تکنیک های فراشناختی ولز و فیشر

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| اول | تدوین فرمو ل بندی موردی، معرفی مدل و آماده سازی، اجرای آزمایشی فرونشانی فکر، چالش با باورهای مربوط به کنترل ناپذیری، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی تکنیک به تاخیر انداختن نگرانی، تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تاخیر انداختن نگرانی |
| دوم | مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده سازی، اجرای تکنیک اسناد مجدد کلامی و رفتاری در مورد باورهای کنترل ناپذیری، تکلیف خانگی: ادامه به تاخیر انداختن نگرانی و آشنایی با آزمایش از دست دادن کنترل |
| سوم | مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای کنترل ناپذیری با ارائه شواهد مخالف، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی، تکلیف خانگی: ادامه به تاخیر انداختن نگرانی و وارونه سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی و آزمایش از دست دادن کنترل |
| چهارم | مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به کنترل ناپذیری در صورت لزوم، چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل و صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی، تکلیف خانگی: القای نگرانی برای آزمودن خطرات |
| پنجم | مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی، اجرای آزمایش چالش با باورهای مربوط به خطر در جلس ه ی درمان، تکلیف خانگی: آزمایش های رفتاری برای چالش با باورهای مربوط به خطر |
| ششم | مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطر، تاکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقی مانده، تکلیف خانگی: آزمایش های رفتاری برای چالش با باورهای مربوط به خطر |
| هفتم | مرور تکلیف خانگی، چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی در صورت رسیدن میزان اعتقاد بیمار به باورهای منفی به صفر، تکلیف خانگیی: اجرای راهبردهای عدم تناسب و سایر آزمایش های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی |
| هشتم | مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه ی درمان، تکلیف خانگی: آزمایش های رفتاری (مانند آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی) |
| نهم | مرور تکلیف خانگی، کار بر روی معکوس کردن علایم باقی مانده، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه ی درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، شروع کار بر روی برنامه ی جدید، تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه ی خلاصه ی درمان |
| دهم | مرور تکلیف خانگی، کار بر روی برنامه ی درمان (پیشگیری از عود)، تقویت برنامه های جایگزین و توضیح روش آن با مثال، برنامه ریزی برای جلسات تقویتی، شروع کار بر روی برنامه ی جدید، تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان |

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

در پژوهش لعلی، عابدی و کجباف با استفاده از آزمون تحلیل عاملی روایی سازه پرسشنامه سبک زندگی را به منزلهٔ ابزاری چند بعدی برای ارزیابی و اندازه گیری سبک زندگی مورد تأیید قرار دادند. ضریب الفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر شاخه ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. پس آزمون بعد از اتمام دوره آموزشی با احتساب دو هفته از گروه های گواه و کنترل انجام شد. در تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد و در سطح ۰/۰۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته ها

در این پژوهش، در گروه مداخله ۵۰ ٪ افراد دارای تحصیلات کارشناسی، ۳۵ ٪ کارشناسی ارشد و ۱۵ ٪ کاردانی بودند. در گروه کنترل ۵۵ ٪ افراد دارای تحصیلات کارشناسی، ۳۰ ٪ افراد کارشناسی ارشد، و ۱۵ ٪ افراد کاردانی بودند. ۴۵٪ سن افراد در گروه مداخله بین ۲۵ تا ۳۰ سال و ۵۵٪ سن افراد بین ۳۰ تا ۳۵ سال بود. در گروه کنترل نیز ۴۸٪ سن افراد بین ۲۰ تا ۲۵ و ۵۲ ٪ سن آنها بین ۳۰ تا ۳۵ سال بود. آزمون تی مستقل نشان می دهد

جدول۲: نتیجه آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها در هر دو گروه مداخله و کنترل

| منبع تغییرات متغیر وابسته | F | df1 | df2 | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|
| سلامت جسمانی | ۲/۲۷ | ۱ | ۲۸ | ۰/۴۱ |
| ورزش و تندرستی | ۲/۶۲ | ۱ | ۲۸ | ۰/۴۰ |
| کنترل وزن | ۰/۸۳ | ۱ | ۲۸ | ۰/۳۶ |
| پیشگیری از بیماری | ۰/۰۴۸ | ۱ | ۲۸ | ۰/۲۸ |
| سلامت روانشناختی | ۳/۹۱ | ۱ | ۲۸ | ۰/۱۸ |
| سلامت معنوی | ۱/۲۱ | ۱ | ۲۸ | ۰/۲۷ |
| سلامت اجتماعی | ۱/۶۴ | ۱ | ۲۸ | ۰/۲۱ |
| اجتناب از دارو | ۲/۸۵ | ۱ | ۲۸ | ۰/۲۲ |
| پیشگیری از حوادث | ۳/۵۴ | ۱ | ۲۸ | ۰/۱۴ |
| سلامت محیطی | ۲/۳۷ | ۱ | ۲۸ | ۰/۱۳ |

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل کوواریانس متغری های سبک زندگی در هر دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | گروه کنترل میانگین (انحراف استاندارد) | گروه مداخله میانگین (انحراف استاندارد) | گروه کنترل میانگین (انحراف استاندارد) | گروه مداخله میانگین (انحراف استاندارد) | | | |
| سلامت جسمانی | (۸/۳۸)۳۰/۶۰ | (۸/۱۲)۳۱/۲۰ | (۷/۲۸)۳۲/۰۷ | (۳/۴۵)۴۱/۷۳ | ۸۴/۹۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۲۵ |
| ورزش و تندرستی | (۹/۳۴)۲۲/۳۳ | (۸/۶۲)۲۷/۱۹ | (۷/۸۵)۲۲/۸۰ | (۱/۸۳)۳۵/۹۳ | ۶۳/۰۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۸ |
| کنترل وزن | (۵/۹۳)۲۲/۷۳ | (۶/۱۷)۲۳/۶۰ | (۵/۹۹)۲۴/۲۷ | (۳/۴۶)۳۴/۸۷ | ۷۴/۴۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۰۵ |
| پیشگیری از بیماریها | (۷/۵۷)۲۸ | (۶/۵۴)۲۷/۵۳ | (۷/۰۶)۲۸/۶۰ | (۳/۸۴)۳۶/۹۳ | ۶۳/۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸۰ |
| سلامت روانشناختی | (۸/۶۰)۲۸/۴۷ | (۶/۳۷)۲۶/۲۷ | (۸/۶۴)۲۸/۴۰ | (۳/۷۹)۳۷/۳۳ | ۲۹/۲۳ | ۰/۰۰۳ | ۰/۶۱۹ |
| سلامت معنوی | (۷/۳۷)۲۴/۴۰ | (۷/۰۲)۲۳/۹۳ | (۶/۷۳)۲۴/۶۰ | (۳/۰۸)۳۲/۳۳ | ۳۳/۳۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۵۰ |
| سلامت اجتماعی | (۷/۸۳)۲۷/۸۷ | (۸/۰۱)۲۸/۸۷ | (۹/۱۲)۲۷/۸۷ | (۴/۷۹)۳۵/۵۳ | ۱۲/۱۳ | ۰/۰۰۳ | ۰/۴۰۳ |
| اجتناب از داروها و مواد مخدر | (۵/۹۲)۲۴/۶۰ | (۵/۴۰)۲۶/۹۳ | (۱۰/۵۳)۲۴/۸۰ | (۱/۳۲)۳۴/۸۰ | ۲۵/۹۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۱ |
| پیشگیری از حوادث | (۵/۰۶)۳۳/۱۳ | (۵/۰۱)۳۲/۸۰ | (۱۱/۵۴)۳۳/۴۰ | (۳/۸۵)۴۳/۱۳ | ۱۷/۳۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹۰ |
| سلامت محیطی | (۴/۶۷)۲۶/۵۳ | (۴/۲۷)۲۷/۶۰ | (۹/۶۲)۲۹/۵۳ | (۳/۲۴)۳۹/۱۳ | ۲۳/۸۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۷۰ |

بین دو گروه از نظر سن (p =۰/۶۵) و تحصیلات (p=۰/۸۴) تفاوت معنا داری وجود ندارد. لذا دو گروه از نظر ویژگی های جمعیت شناختی همتا هستند. همچنین ارزش T گروه های مستقل نشان می دهد که میانگین نمرات سبک زندگی (۰/۶۲) در پیش آزمون در هر دو گروه تفاوت معنا داری ندارند.

آزمون لوین پیش فرض تساوی واریانسهای دو گروه مداخله و کنترل را در جامعه برای آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار می دهد. نتایج بررسی آزمون لوین که در جدول ۲ آمده است، نشان می دهد که با توجه به سطح معنا داری این آزمون (مقدار سطح معنا داری بزرگ تر از ۰/۰۵) پیش فرض تساوی واریانسها برقرار است. جدول۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری Mancova برروی نمرات پیش آزمون و پس آزمون برای مقایسه نتایج درمان گروه آزمایش با گروه کنترل آورده شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که میانگین و انحراف استاندارد حیطه های مختلف سبک زندگی در گروه مداخله، در مقایسه با گروه کنترل بطور معناداری افزایش یافته است که به نظر می رسد آموزش تکنیک های فراشناختی به بهبود سبک زندگی شرکت کنندگان انجامیده است. نتایج این جدول نشان می دهد که میانگین نمرات شرکت کنندگان در گروه مداخله به نسبت گروه کنترل در تمامی خرده مقیاسهای سبک زندگی شامل سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن، پیشگیری از بیماریها، سلامت روانشناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی افزایش معناداری

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

یافته است. طبق این جدول بیشترین تفاوت میانگین نمرات به ترتیب مربوط به خرده مقیاسهای سلامت جسمانی با اندازه اثر۰/۸۲، کنترل وزن با اندازه اثر۰/۸۰، پیشگیری از بیماری ها با اندازه اثر۰/۷۸، ورزش و تندرستی با اندازه اثر۰/۷۷، سلامت معنوی با اندازه اثر۰/۶۵، سلامت روانشناختی با اندازه اثر ۰/۶۱، اجتناب از داروها و مواد مخدر با اندازه اثر ۰/۵۹، سلامت محیطی با اندازه اثر ۰/۵۷، پیشگیری از حوادث با اندازه اثر ۰/۴۹ و سلامت اجتماعی با اندازه اثر ۰/۴۰ می باشد.

## بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثر بخشی آموزش تکنیک های فراشناختی (آموزش توجه و ذهن آگاهی) بر سبک زندگی پرستاران شاغل زن متاهل در بیمارستان های بجنورد می باشد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تکنیک های فراشناختی موجب افزایش معنادار میانگین نمرات پس آزمون شرکت کنندگان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در تمام خرده مقیاسهای سبک زندگی گردیده است. در ایران و سایر کشورها، تحقیقات متفاوتی در خصوص اثر بخشی تکنیک های فراشناختی بر متغیر های مختلف از جمله کاهش افسردگی، اضطراب، استرس پس از سانحه، افزایش اعتماد به نفس، کنترل پرخاشگری، افزایش سلامت روان و غیره انجام شده اند.از جمله می توان به پژوهشهای آرکیلا، ولازوز و گامینو[1][۳۶]، پاپاجورجیو و ولز[2] [۳۷]، بک[3] [۳۸]، هانگ و فرانگاسیس[4] [۳۹]، آندرسون[5][۴۰]، چاپمن[6][۴۱]، یوچینگ[7][۴۲] نلسون[8][۲۱]، فوچینو، میزویی، توکی، میزومورا[9] [۱]، مالکی [۴۳]، نیکنام، هاشمی و فیاض بخش [۴۴] خزری، اژه ای و کارشکی [۴۵] اشاره کرد. نتایج این پژوهش نشان می دهد که آموزش تکنیک های فراشناختی (آموزش توجه و ذهن آگاهی) بر سبک زندگی پرستاران شاغل زن متاهل موثر بوده و تغییرات قابل توجهی را در سلامت و ارتقا سبک زندگی آنان به وجود آورده است. بر اساس یافته های پژوهش حاضر، به نظر می رسد آموزش تکنیک های فراشناختی توانسته است سبک زندگی پرستاران را ارتقا بخشد. سبک زندگی مهمترین عاملی است که هر کس زندگی اش را براساس آن تنظیم می کند. به نظر می رسد تغییر در سبک زندگی پرستاران، توانسته به سلامت روانی و جسمانی آنها کمک کند زیرا این گروه از افراد به دلیل سختی های کار و مسئولیت های محیط بیمارستان در معرض فرسودگی شغلی و آسیب های روانی بیشتری نسبت به سایر مشاغل قرار دارند. رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به افراد می دهد تا خود را از مکانیزم هایی که موجب قفل شدن در پردازش که به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه متجلی می شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی طرح و برنامه ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی ریزی کند [۴۶]. بنابراین به نظر می رسد این تکنیک در بهبود سبک زندگی پرستاران شاغل زن متاهل نیز می تواند موثر باشد. در پژوهش حاضر از تکنیک های آموزش توجه و ذهن آگاهی استفاده شده است. در تکنیک آموزش، توجه، هدایت مجدد توجه به موضوعاتی غیر از استرسهای وارد شده در محل کار و زندگی پرستاران، می تواند روشی برای متوقف کردن سندرم شناختی- توجهی و تقویت برنامه های فراشناختی برای کنترل شناخت (بهبود کنترل اجرایی انعطاف پذیر) فراهم سازد. این تکنیک شامل سه مولفه اصلی است: (۱) توجه انتخابی، (۲) تغییر سریع توجه و (۳) توجه تقسیم شده. این سه مولفه توانسته است به پرستاران شاغل زن متاهل کمک کند تا توجه خود را از افکار آزارنده درباره فشار های وارد شده

1 -Arcila D, Velazquez D, Gamino R
2- Papageorgiou C, Wells A
3- Beck J.S.
4 -Huang I.C., Frangakis C.
5 -Andrews D. R.
6 -Chapman
7 -Yuchiung H
8- Nelson
9-Fuchino Y, Mizoue T, Tokui N

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

در روابط خانوادگی و محل کار متوقف کرده و در جهت سلامت روان، بدن، مراقبت از خود و غیره هدایت کند.

از نظر پژوهشگران این پژوهش، تکنیک ذهن آگاهی نیز می تواند در بهبود سبک زندگی افراد اثر گذار باشد. تکنیک ذهن آگاهی به شیوه ای که افراد از طریق آن با شناخت خود رابطه برقرار می کنند و کنترل انعطاف پذیری بر سبک توجه و تفکر خود کسب می نمایند، اطلاق می شود [۴۷]. تکنیک ذهن آگاهی بیش تر بر ایجاد فراآگاهی، به تعویق انداختن پردازش مفهومی و جدا کردن خود از رخدادهای شناختی تاکید می نمایند [۴۸]، بنابراین می تواند در بهبود سبک زندگی افراد تاثیر گذار باشد. استفاده از این تکنیک هدف های مختلفی دارد. از طریق این تکنیک می توان به افراد آموخت تا استرس های تجربه شده را از خود و ارزشمندی خود جدا کرده و افکار خود را به عنوان رویدادهای مجزا از واقعیت ها درک کنند، نسبت به احساسات و افکار خود شناخت پیدا کرده، نحوه استناد دادن افکار به حوادث را تغییر دهند، بتوانند افکار خوشایند و ناخوشایند را تفکیک کرده و تغییراتی در باورهای شناختی افراد بوجود آورد. در پژوهش حاضر، با استفاده از این تکنیک توانستیم سبک زندگی افراد را بهبود ببخشیم. نمرات پس آزمون افراد تفاوت معناداری با نمرات پیش آزمون در سلامت جسمانی، معنوی و اجتماعی و سایر خرده مقیاسهای سبک زندگی داشت . تحقیقات بک [۳۸]، ولز [۴۹] مسعودی، اعتمادی فر، افضلی، خیری و حسن پور [۵۰] نیز نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر را تایید می کنند. همچنین می توان از آن به عنوان وسیله ای برای متوقف کردن پردازش مداوم به صورت نگرانی و نشخوار فکری، انجام ندادن رفتارها و اهداف خاص برای اجتناب یا حذف تهدیدهای بی مورد استفاده کرد. در مصاحبه اولیه با افراد شرکت کننده در پژوهش، نگرانی و نشخوار فکری در بین آنها بسیار شایع بود و آموزش تکنیک ذهن آگاهی، توانست تغییر معناداری در میزان نشخوار فکری افراد و نشانگرهای مربوط به نشخوار فکری از قبیل سلامت روانشناختی، سلامت معنوی و سایر نشانگرها، ایجاد کند. از طرفی این تکنیک ها به افراد کمک می کند تا از تاثیر افکار بر خودپنداره مصون بمانند و از یک فرد (قربانی) به یک فرد توانمند که می تواند از خودش در برابر آسیبها و استرس های شغلی دفاع کند تبدیل شود [۲۱،۱۸]. به نظر می رسد این تکنیک توانسته در تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون افراد در خرده مقیاس های سلامت جسمانی، پیشگیری از حوادث، اجتناب از دارو و سایر خرده مقیاسها، تاثیر گذار باشد. به طور کلی، در پژوهش حاضر، نتایج نشان داد که استفاده از تکنیک توجه و ذهن آگاهی، موجب بهبود سبک زندگی پرستاران شاغل زن متاهل شده است. هر پژوهشی محدودیت هایی دارد. از محدودیت های این پژوهش می توان به تعداد کم آزمودنی ها و محدودیت در تعمیم نتایج و عدم پیگیری نتایج اشاره کرد.

## نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش تکنیک های فراشناختی (توجه و ذهن آگاهی) بر بهبود سبک زندگی پرستاران شاغل زن متاهل موثر است. با توجه به شرایط سخت کار پرستاران شاغل زن متاهل و استرس های وارد شده در طول ساعات کار و نقش خستگی، فرسایش انرژی، اضطراب و خشم در تغییر سبک زندگی افراد لازم است درمانگران به آموزش های مناسب فراشناختی جهت بهبود سبک زندگی و سلامت جسم و روان پرستاران توجه ویژه مبذول دارند. بر اساس یافته های پژوهش پیشنهاد می گردد جهت دستیابی به نتایج دقیقتر درباره اثر بخشی تکنیک های فراشناختی (توجه و ذهن آگاهی) بر سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و سبک زندگی افراد در سایر مشاغل و موقعیت ها نیز بررسی گردد و پژوهشهای آتی با تعداد بیشتر انجام شود و پیگیری های بعدی نیز لحاظ گردد.

## تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از مدیریت، همکاران و پرسنل محترم بیمارستانهای امام رضا، تامین اجتماعی شهر بجنورد، امام علی و تمام پرستارانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند تشکر می شود. حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

## References

1. Fuchino Y, Mizoue T, Tokui N, Ide R, Fujino Y, Yoshimura T, Health-related lifestyle and mental health among inhabitants of a city in Japan, [Nihon koshu eisei zasshi], Japanese J Public Health 2013; 50(4):303-13.
2. Kerr J, Community health promotion: challenge for practice, Birmingham: Tindhal press, 2014.
3. Allaf Javadi M, Parandeh A, Ebadi A, Haji Amini Z, Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses, Iranian Journal of Critical Care Nursing 2014;3(3): 113-117. [Persian].
4. ShafiAbadi A, Naseri G, Counseling and Psychoterapy Theoris: University of Tehran Publication Center 2010. [Persian]
5. Cockerham W. C, Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure, J Health Social Behav. 2014; 46(1):51-67.
6. Costa P.T., McCrae R. R., Dye D .A. , Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of tshe NEO personality inventory, Pers Indiv Diff. 1991; 12(9):887-98.
7. Horwitz A.V. , Outcomes in the sociology of mental health and illness: where have we been and where are we going? J, Health Soc Behav. 2014;143-51.
8. Jafari H., Shorofi A. , Dialysis and nursing care, 1st ed. Tehran: Salemi Press. 2011; 199[Persian]
9. Tuttle K R., Sunwold D., Kramer H, Can comprehensive lifestyle change alter the course of chronic kidney disease? Journal of Semin Nephrol 2014; 29(5): 12-23. [Persian].
10.Naroie Soleyman, Naji Ali, Abdeyazdan Gholam H, Dadkani Ehsan, Effect of Applying Self-Care Orem Model on Quality of Life in the Patient under Hemodialysis, Zahedan J Res Med Sci. 2011; 14(1): 8-12. [Persian].
11.Najjar L, Heydari A, Behnam Vashani HR, The relationship between lifestyle and essential hypertension in Sabzevar, Iran, J Sabzevar Univ Med Sci 2014; 11(2):49-54. [Persian].
12.Sabri S, Bener A, Eapen V, Abu Zeid MS, Al-Mazrouei AM, Singh J, Some risk factors for hypertension in the United Arab Emirates, East Mediterr Health J 2014; 10(4-5):610-9. [Persian]
13.Hassanzade F, Bidgoli M, Emami Z, life Style in renal transplant recipient's preventive cardiovascular, Ghaem J Med Sci. 2011; 1(3): 16-17. [Persian].
14.Faragzadeh Z, Kaheni S, Saadatjoo A, Relation between stress and hypertension and coping ways, J Birjand Univ Med Sci 2015; 12(1, 2):9-15. [Persian].
15.Pashaii Sabet F, Nikbakht Nasrabadi AR, Karami Kabir N, Life with hemodialysis unit: A phenomenological study, Iranian Journal of Critical Care Nursing 2011; 4(2): 59-66. [Persian].
16.Garrosa E, Moreno-jime B, Rodriguez A, Rodriguez C, Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement, Int J Nurs Stud. 2011; 48, 479–89.
17.Stathopoulou H, Karanikola MN, Panagiotopoulou F, Papathanassoglou ED, Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece, J Emerg Nurs. 2011; 37(4):314-20.
18.Mardani Hamole M, Shahraki Vahed A, the relationship between mental health and quality of life in cancer patients, Journal of shaheed sadoughi university of Medical Sciences 2010; 18(2): 111-117[Persian].
19.Hemmati Maslak pak M, Ahmadi F, Anoosheh M, Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception, Koomesh Winter 2011; 12 (2): 144-151[Persian].
20.Chiu MC, Wang MJ, Lu CW, Pan SM, Kumashiro M, Ilmarinen J, Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan, NURSING OUTLOOK 2007; 55(6),318-326.
21.Nelson MC, Lust K, Story M, Ehlinger E, Credit card debt, stress and key health risk behaviors among college students, Am J Health Promot 2012; 22(6):400-7.
22.Hirokawa K, Taniguchi T, Tsuchiya M and Kawakami N. Effects of a stress management program for hospital staffs on their coping strategies and interpersonal behaviors, Industrial Health 2012; 50(6):487-98.
23.Hui W., Gui X., Wei S., Wan J. & Wang, L., Depressive symptoms and occupational stress among Chinese female nurses, Research in Nursing & Health, 2011 34, 5, 401-407.
24.Andrews D. & Wan T, The importance of mental health to the experience of job strain, Journal of Nursing Management, 2011 , 17, 3, 340-351.

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

25.Wells A, Sembi S, Meta cognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment, J Behave Ther Expe n.a. 2014; (35): 307- 318.
26.Wells A, fisher P, Samuel M, Trishna patel, Chris R, Brewin, Meta-cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. Cogn Ther Res; 2014.
27.Wells A, Matthews G, Attention and emotion. A clinical perspective, 2014 Hove, UK: Erlbaum.
28.Wells A. Meta-cognitive therapy: A practical guide, Ch.9: Major depressive disorder, 2015 , New York: Guilford Press;
29.Nolen-Hoeksema S, Morrow J, A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake, J Personality Soc Psychol 2011; (61): 115-121.
30.Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL, Response style and the duration of episodes of depressed mood, J Abnormal Psychol 2013; (102): 20-25.
31.Wells A, Detached mindfulness in cognitive therapy: A meta-cognitive analysis and ten techniques, J Rational-Emotive Cogn-Behav Ther. 2015; (23): 337-355.
32.Papageorigiou C, Wells A, An Empirical Test of a Clinical Meta-cognitive Model of Rumination and depression, Cogn Ther Res. 2013; (27): 261-273.
33.Wells A, papageorgiou C, Treatment of Recurrent Major Depression with Attention Training, Cogn Behav Pract. 2014; (7): 407-413.
34.Wells A, Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attention training approach to treatment, Behav Ther. 1990; (21): 273-280.
35.Lali M, Abedi A, Kajbaf M B, Construction and Validation of the Lifestyle Questionnaire (LSQ), Psychological Research, 2012; 15 (1) 64-80[Persian]
36.Arcila D, Velazquez D, Gamino R ,“et al”, Quality of life in bariatric surgery, Obes Surg, 2012; 12,661-665.
37.Papageorgiou C, Wells A, Effects of attention training on hypochondria sis: A brief case series, Psychol Med. 2015; (28): 193-200.
38.Beck J.S., Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don’t work, 2015, New York: Guilford Press.
39.Huang I.C., Frangakis C., Wu A.W., The relationship ofexcess body weight and health-related quality of life: Evidence from a population study in Taiwan, Int JObes 2015; 30, 1250-1259.
40.Andrews D. R., Wan T. T. H. "The importance of mental health to the experience of job strain: an evidenceguided approach to improve retention",Journal of Nursing Management 2009; 17(3):340˚ 351.
41.Chapman R., Styles I., Perry L., Combs S. , Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital , Journal of Clinical Nursing 2010; (19): 193-200.
42.Yuchiung H, Ya - ming S, The Effect of Self - Directed Learning Readiness on Achievement Comparing Face – to - Face and Two Way Distance Learning Instruction, International Journal of Instructional Media 2005;32(2):1 - 2, 143 - 155.
43.Maleki B, Effects of Cognitive Strategies Training to Increase Learning and Retention of Textbooks , Cognitive Science 2013; 7(3): 1 .[ Persian]
44.Niknam Z, Hashemi SA, Fayazbakhsh H, Determine the Effectiveness of Metacognitive Strategies Training on Students' Learning in Psychology Courses[Master Thesis], Islamic Azad University of Marvdasht :Faculty of Education and Psychology; 2009. [Persian]
45.Kharazi Seid AN, Ejei J, Ghazitabatabai SM, Kareshki H, Relationship between Achievement Goals , Self – efficacy and Metacognitive Strategies : Tests of a Functional Model, Journal of Educational Science and Psychology 2014 ; 38(3):1. [Persian]
46.Wells A, Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder, Behav Cogn ther. 2015; (23): 310-320.
47.Khazerlo S, Teaching Cognitive Strategies : Improve Reading and Comprehension Skills in English, Journal of Language Skills 2012; 6 (5):1. [Persian]
48.Saeidi F, Kazemi ,Soltanali ,Samani S, Effectiveness of Metacognitive Strategy Training on Academic Self – Efficacy and Academic Performance of Students [Master Thesis], Tehran University : Faculty of Education and Psychology 2011; P. 1.[ Persian]

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

49.Wells A, White J, Carter K, Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia, Clini Psychol Ther. 2014; (4): 226-232.
50.Masoudi R, Etemadifar Sh, Afzali SM, Kheiri F, Hassanpour Dehkordi, The influential factors on burnout among nurses working in private hospitals in Tehran, Nursing research 2008; 3(8,9).pp:47-58.[ Persian]

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]

Original Article

# The study of effectiveness metacognitive techniques educationon life style of married women nurses in Bojnoord

*Nameni E[1], Shirdel M[2]*, Jahangiri A[3]*

[1]Counseling Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran
[2]PhD student in counseling , Young Researchers and Elite Club, Bojnourd Branch, Islamic Azad University , Bojnourd, Iran.
[3]Department of psychology,Payame Noor University(PNU),Tehran,Iran
***Corresponding Author:** Bojnoord, Islamic Azad University Young Researchers and Elite Club
Email: maliheshirdel@yahoo.com

## Abstract

**Background & Objectives:** *Different studies show that metacognitive techniques education is effective in mental health and life improvement. This study aims to investigate the effectiveness of metacognitive techniques education (mindfulness and attention training) on life style of nurses at Bojnord City.*

**Materials and Methods:** *This study is semi-experimental (pretest-posttest with control groups). In the present study the statistical population includes all nurses in Bojnord City in 2015. Among them, 30 nurses were selected based on purposive and available sampling. They were assigned randomly into control (N=15) and experimental group (N=15). Before educational intervention, pretest was taken in both groups. Metacognitive techniques (mindfulness and attention training) were done in 10 sessions for experimental group. Each session takes 90 minutes. Control group did not receive any education. Then posttest was taken in both groups. Data was analyzed by multivariate analysis of covariance using SPSS 22 software.*

**Results:** *Results showed that metacognitive techniques education cause considerable changes in scores of subjects in experimental group in comparison with the control group. All aspects of nurses life styles also improved by given education (P<0.001).*

**Conclusion:** *Metacognitive techniques education (mindfulness and attention training) can help improvement of nurses' life style.*

**Key words:** *metacognitive techniques, life style, nurses.*

*Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2017;9(1):135-146*

Received: 2 Jun 2016
Revised: 30 Aug 2016
Accepted: 13 Sep 2016

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-01-31 ]