

December-January 2020, Volume 8, Issue 5

Effectiveness of Mindfulness and Metacognition Education on Social Welfare and Life Expectancy of Nurses

Izadabadi Z¹, Balvardi M², Imani-goghary Z^{3*}

1- MSC of Psychiatric Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Sirjan School of Medical Science, Sirjan, Iran.

2- MSC of Biostatistics, Sirjan School of Medical Science, Sirjan, Iran,

3- Ph.D of Nursing, Department of Nursing and Midwifery, Sirjan School of Medical Science, Sirjan, Iran

(Corresponding Author)

Email: imanigoghary@yahoo.com

Received: 22 March 2020

Accepted: 9 Dec 2020

Abstract

Introduction: Nurses have a key role in providing health services, so promoting their social well-being and life expectancy is associated with improving in job performance. The present study was done with the aim of investigation the effectiveness of mindfulness and metacognition education on social welfare and life expectancy of nurses.

Methods: in this quasi-experimental research with pretest and posttest design 60 nurses of Sirjan hospitals Were randomly divided in 3 groups (each group 20 members), consist of: 2 treatment groups (one for education based on mindfulness and another for education based on metacognition) and one control group. Mindfulness training based on social relationships and social skills training with metacognition approach are used for intervention groups. Keys social wellbeing scale and Schneider's life expectancy questionnaire are used for data gathering before and after educational intervention, data were analyzed by SPSS software using descriptive and analytical statistics. Significance level was set at 0.05.

Results: The mean scores of social welfare dimensions improved in intervention groups after applying mindfulness and metacognition education. The most increase in mindfulness and metacognition groups, was related to social participation and social acceptance subscales, respectively. Analysis of covariance showed that mindfulness and metacognition educations had a positive effect on social welfare and life expectancy of nurses ($P < 0.05$)

Conclusions: mindfulness and metacognition educations can produce beneficial effects on social welfare and life expectancy of people who face with high level of stress such as nurses.

Key words: Life expectancy, Social well-being, mindfulness, Metacognition, Nurses.

اثربخشی آموزش فراشناخت و ذهن آگاهی بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران

زهرا ایزدآبادی^۱، محدثه بلوردی^۲، زهرا ایمانی گوغری^۳

۱- مربی گروه پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران،

۲- مربی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران،

۳- استادیار گروه پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: imanigohary@yahoo.cam

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۳

چکیده

مقدمه: پرستاران نقش اصلی را در ارائه خدمات سلامت دارند بنابراین ارتقای بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی آنان با بهبود عملکرد شغلی همراه است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش های ذهن آگاهی و فراشناخت بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی با پیش آزمون - پس آزمون ۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان های سیرجان به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل؛ دو گروه مداخله (یک گروه برای آموزش ذهن آگاهی و دیگر آموزش فراشناخت) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر رفتار اجتماعی و آموزش مهارت های اجتماعی با رویکرد فراشناخت برای گروه مداخله استفاده شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز و پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر قبل و بعد از مداخله ی آموزشی استفاده گردید. داده ها با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمونهای توصیفی و تحلیلی آنالیز شدند. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمرات در ابعاد بهزیستی اجتماعی در گروه های مداخله بعد از اجرای آموزش فراشناخت و ذهن آگاهی افزایش داشت. بیشترین افزایش در گروه های ذهن آگاهی و فراشناخت به ترتیب مربوط به خرده مقیاس های مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی بود. آنالیز کواریانس نشان داد که آموزش های ذهن آگاهی و فراشناخت بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران اثر مثبت داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: آموزش های ذهن آگاهی و فرا شناخت می توانند اثرات مفید بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی شاغلین گروه های شغلی در معرض استرس بالا مانند پرستاران داشته باشد.

کلیدواژه ها: امید به زندگی، بهزیستی اجتماعی، ذهن آگاهی، فراشناخت، پرستاران.

مقدمه

اختلالات رفتاری در هر یک از آن ها سبب ایجاد آسیبها در دیگری می گردد (۱). بنابراین افراد برای مقابله با این مشکلات بایستی توانمند باشند؛ افرادی که از توانایی حل مسئله بیشتری برخوردارند بهتر می توانند با انواع استرس و مشکلات زندگی مقابله کنند که خود منجر به کم شدن مشکلات روانشناختی و اجتماعی می شود (۲). بنابراین، لزوم آموزش مهارت های شناختی، اجتماعی، محیطی در زندگی افراد به جهت توانمند سازی آنها مطرح می شود؛ این که چگونه و با چه کیفیتی در جمع حضور یابند و رفتارهای

در جوامع امروزی با رشد سریع تکنولوژی و افزایش پیوندهای اجتماعی ظهور مسایل و مشکلات فردی و اجتماعی نیز افزایش یافته است. بسیاری از مشکلات عدیده جامعه امروز، بازتاب مسائل و ناهنجاری های فردی است و ریشه این ناهنجاری ها در ضعف تربیتی است که در اصلی ترین نهاد اجتماع «خانواده» وجود دارد و همزمان با رشد فرد، در همه سطوح جامعه حرکت می کند و تسریع می یابد. زیرا فرد، خانواده و جامعه یک مثلث را تشکیل می دهند که

گروهی متناسب و مقبولی را از خود بروز دهند (۲).
 دو مفهوم رفتاری بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی هرکدام جنبه هایی از آگاهی انسان در محیط اجتماعی را بیان می کنند و می توان گفت وجه مشترک هر دوی آنها آگاهی یا شناخت می باشد. مفهومی که به آگاهی اجتماعی فرد مربوط می شود، بهزیستی اجتماعی است (۳). بهزیستی اجتماعی به عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران تعریف می شود (۳).
 مدل چند وجهی Keyse و Shapiro (۲۰۰۴) از بهزیستی اجتماعی شامل پنج جنبه می شود که کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی آنها معلوم می کند. این پنج عنصر: پیوستگی، یکپارچگی، پذیرش، مشارکت و شکوفایی به سلامت روان مربوط هستند. این عناصر می توانند وحدت اجتماعی، تشریک مساعی، پیوند اجتماعی و حس ظرفیت برای رشد مداوم جامعه و میزان راحتی افراد را در پذیرش دیگران ارزیابی کنند و در مجموع وجود یا عدم وجود سلامت روان را مطرح می کنند (۴). سازه دیگر مرتبط با عملکردهای اجرایی که به تازگی مدنظر پژوهشگران علوم شناختی قرار گرفته، سازه امید به زندگی است (۵). امید به عنوان سازه های شناختی انگیزشی فرض می شود که با عناصری از اهداف و روش ها و عوامل (انگیزش افراد برای رسیدن به اهداف) روابط متقابلی دارد و به عنوان یک عامل شناختی پیچیده، چندبُعدی، پویا و قدرتمند در بهبود سازگاری تأثیرگذار است (۶). افزایش اثربخشی این دو مفهوم نیاز به آموزش آنها از طریق بکارگیری فراشناخت دارد. فراشناخت اصطلاحی است که اولین بار توسط Flavell (۱۹۷۶) به کار رفت و به دانش فرد در مورد فرآیندهای شناختی و اینکه چگونه می توان از آن برای دستیابی به یک هدف یادگیری به طور مطلوب استفاده کرد، اشاره دارد (۷). در سال های اخیر تأکید زیادی بر آموزش با هدف پیشبرد مهارت های فراشناختی در بین افراد شده است. یادگیری «راهبردهای شناختی» و «فرا شناختی» را در بر می گیرد، راهبردهای شناختی به راهبردهایی که افراد برای یادگیری، به خاطر سپاری، یادآوری و درک مطلب از آنها استفاده می کنند اشاره دارد (۸). فراشناخت یک مفهوم چندوجهی

است و اشاره به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آن ها برای تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر استفاده می کنند، دارد. فراشناخت های غلط، مانند باورهای منفی کنترل ناپذیر، بیشترین همبستگی را با مجموعه ای از مقیاس های آسیب پذیری دارند (۸). بیشتر فعالیت های شناختی به عوامل فراشناختی بستگی دارند که بر آنها نظارت دارند و کنترل شان می کنند. علاوه بر این، اطلاعاتی که از نظارت فراشناخت منشعب می شوند اغلب به صورت احساسات ذهنی تجربه می شوند که می توانند بر رفتار اثر بگذارند (۹). با توجه به تعاریف می توان دریافت که مهارت های فراشناختی به عنوان یک پردازشگر اطلاعات، نظم دهنده، مهار کننده و نظارت کننده سایر جنبه های شناختی محسوب می شود (۱۰).

مجهز کردن افراد به مهارت ها و راهبردهای فراشناختی، آنان را قادر می سازد با افزایش آگاهی در مورد بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی و سپس کنترل و نظارت مناسب بر آنها، شرایط اجتماعی را مناسب تر سازند (۹). آموزش مهارت های اجتماعی با رویکرد فراشناختی MASST (Met cognitive approach to Social skills Training)، در حل مسایل اجتماعی و محیطی اثر گذار است (۱۱). فراشناخت از طریق تعدیل حل مساله اجتماعی بر فعالیت های جسمی و ذهنی اثر می گذارد. باورهای فراشناختی از عوامل مؤثر در وضعیت سلامت روانی افراد هستند. افرادی که نقص فراشناختی در آنها بالاست از سلامت روانی مناسبی برخوردار نمی باشند (۱۲). همچنین نتایج تحقیقی دیگر نشان داد که نقص در فراشناخت، عملکرد افراد را کاهش می دهد (۱۳). نتایج تحقیقی دیگر نشان داده است که بیماران روان پریش با نقص های شناختی و فراشناختی روبرو هستند (۱۴). بعلاوه بین خودکارآمدی و باور فراشناختی در بین افراد همبستگی مثبت معناداری گزارش شده است (۱۵).

مفهوم دیگری که به آگاهی شناختی، اجتماعی و محیطی انسان کمک می کند ذهن آگاهی می باشد. ذهن آگاهی، به معنی توجه کردن به زمان حال به صورت هدفمند و خالی از قضاوت است که روشی برای برقراری ارتباط با

مراقبت از بیماران مهم و مؤثر است (۲۲). پرستاران بزرگترین بخش از نیروی انسانی نظام سلامت را تشکیل می دهند و نقش اساسی در تداوم، مراقبت و ارتقای سلامت بیماران دارند. بنابراین بدهی است که باید از سلامت جسمانی و بهزیستی روانشناختی بالایی برخوردار باشند (۲۳). افراد شاغل در حرفه پرستاری معمولاً در شیفتهای کاری مختلف و گاهی غیرمنظم مشغول به کار هستند و کار آنها با تنش و سختیهایی همراه است که آنها را از لحاظ روحی و روانی تحت تأثیر قرار می دهد (۲۴). بنابراین از طریق آموزش های مستقیم و غیرمستقیم باید پرستاران را برای اینکه نقش بارز و سازنده ای در زندگی خانوادگی و اجتماعی خود داشته باشند، آماده کرد، تا با ارتقای سطح سلامت پرستاران به بهزیستی اجتماعی و برقراری نظم و امنیت اجتماعی در سطح جامعه نیز کمک نمود. بر این اساس تقویت و ارتقاء درجات پذیرش اجتماعی و همچنین تقویت خوب نگرستن و مثبت نگرستن به رفتارها و کردارهای دیگران که از نکات بارز و شاخص های اساسی بهزیستی اجتماعی است لازم می باشد.

با توجه به اینکه اکثر پژوهش های انجام شده قبلی در حوزه فراشناخت و ذهن آگاهی بیشتر معطوف به یادگیری و آموزش بوده است، در این پژوهش جنبه های جدیدتری از اثرات و فایده های مهارت های فراشناختی و ذهن آگاهی مانند بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی به طور نوآورانه ای مورد ارزیابی قرار می گیرند. بعلاوه تمرکز این مطالعه بر پرستاران به عنوان یکی از مهمترین ارکان سیستم بهداشتی کشور می باشد. بنابراین در مطالعه حاضر محقق برآنست که اثرات آموزش فراشناخت و ذهن آگاهی را بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران بررسی نماید.

روش کار

طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه مداخله و یک گروه کنترل بود. که برای گروه های مداخله پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان های شهر سیرجان (امام رضا (ع) و دکتر غرضی)، بود. به جهت

همه تجارب (مثبت، منفی و خنثی) محسوب می شود (۱۶). این روش به افراد می آموزد که الگوهای عادت های غیرارادی و نشخواری ذهن را شناسایی و آنها را به الگوهای آگاهانه و ارادی تبدیل کنند تا احساسات و اندیشه های منفی به عنوان رویدادهایی ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند (۱۵). تمرین ذهنی به عنوان بازسازی و الگوی حرکتی در ذهن مطرح است و در موارد متعددی برای بهبود عملکرد به کار می رود (۱۶). تمرین ذهنی علاوه بر اینکه برای کسب مهارت جدید سودمند است، برای بازآموزی یک مهارت و همچنین بهترشدن اجرای مهارت در توانبخشی نیز مفید است (۱۷). مشاهده کردن موقعیت ها و شرایط با حالت ذهن آگاهی منجر به تکذیب و انکار افکار و احساسات نمی گردد، بلکه در عوض فرد سعی می کند درگیر مکانیسم های دفاعی نشود و نسبت به تجارب پذیرا باشد (۱۵). Heeringen و Godfrin (۲۰۱۰) تأثیرات مثبتی را از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر دوره های افسردگی، سلامت روان و کیفیت زندگی پیدا کردند (۱۸).

Vollestad و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب تعدیل نشانه های اضطراب و نگرانی و صفت اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب می گردد (۱۹). Tanay و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی پیامدهای آموزشی ذهن آگاهی بیان کردند که آموزش مهارت های ذهن آگاهی به لحاظ آماری و بالینی به طور معنی داری موجب کاهش نشانه های خلق آسیب پذیر و اضطراب می شود (۲۰). بنابراین می توان انتظار داشت که افراد با آموختن مهارت های فراشناختی و ذهن آگاهی در زمینه های اجتماعی به بهزیستی اجتماعی بیشتر دست یابند. بهزیستی اجتماعی نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی است یا در واقع همان ارزیابی ها و نگرش های مثبت و منفی افراد از دیگرانی است که در طی زندگی روزمره خود با آنان در تعامل هستند (۲۱). که در صورت تحقق آن در جامعه شهروندان دارای انگیزه و روحیه خواهند بود. حرفه پرستاری نقش محوری و مهمی در ارائه خدمات مراقبت بهداشتی در همه کشورها دارد و سلامت روانشناختی برای سلامت پرستاران و بهبود عملکرد حرفه ای آنان در

نمره ممکن ۱۳۲ است و دامنه نمره های به دست آمده به سه گروه سلامت اجتماعی پایین (نمره ۰-۴۳)، متوسط (نمره ۴۴-۸۸) و بالا (نمره ۸۹-۱۳۲) تقسیم می شوند (۲۷). پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر (SHS) توسط Snyder و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شده است (۲۹). دارای ۱۲ عبارت در طیف لیکرت ۵ درجه ای است. از این عبارت ها؛ ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است. این مقیاس دو زیر مقیاس دارد: عامل و راهبرد. سوالات ۳، ۷ و ۱۱ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. برای به دست آوردن نمرات کلی، نمرات زیر مقیاس با هم جمع می شوند. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این مقیاس حمایت می کنند همسانی درونی کل آزمون بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است (۲۹، ۳۰). پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است (۳۱). روایی و پایایی مقیاس در ایران نیز تأیید شده است (۳۰). نتایج پژوهش دیگری نشان داد مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد (۳۲). در پژوهش صمدی فر (۲۰۱۷) از نمره کل امید به زندگی استفاده شد و ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد (۳۰).

پس از اخذ کد اخلاق به شماره IR.SIRUMS. REC.1398.016 از کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی سیرجان، تبیین اهداف پژوهش و اخذ رضایت نامه آگاهانه، به منظور آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر رفتار اجتماعی، برای گروه مداخله اول، در طی ۸ جلسه یک ساعتی از روش آموزش ترکیبی (سخنرانی و سی دی آموزشی) بر اساس روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس کابات زین و روش ذهن آگاهی مبتنی بر افزایش رابطه استفاده شد. جلسات به صورت هفتگی و به مدت هشت هفته ادامه یافت. همچنین آموزش ها همراه با تکالیف خانگی همراه بود که آزمودنی ها باید در طول هفته روزانه به مدت ۳۰ دقیقه به تمرین ذهن آگاهی می پرداختند. فرآیند انجام مداخله در (جدول ۱) آورده شده است.

دستیابی به هدف مطالعه پرسشنامه بین کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان امام رضا (ع) و دکتر غرضی توزیع گردید. از ۳۸۰ پرستار شاغل تنها ۶۰ نفر نمره پایین در پرسشنامه بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی کسب کردند که به عنوان اعضای نمونه انتخاب و وارد مطالعه شدند. افراد بر اساس بلوک های جایگشتی به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۴۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. ۲۰ نفر از گروه آزمایش، مداخله آموزش ذهن آگاهی و ۲۰ نفر آموزش مهارت های فراشناخت را گذراندند. معیار خروج از هر گروه، غیبت بیش از سه جلسه افراد شرکت کننده در نظر گرفته شد که در پایان ۱۷ نفر در مرحله نتیجه گیری شامل ۱۱ نفر از گروه آزمایش آموزش فراشناخت و ذهن آگاهی و ۶ نفر هم از گروه کنترل به علت غیبت ریزش داشتند.

به منظور جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز و پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه ۳۳ سوالی بهزیستی اجتماعی کییز بر اساس مدل نظری وی از سازه بهزیستی اجتماعی، تهیه شده است و طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۷۸۸۲ نفری در آمریکا مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). روایی و پایایی این ابزار در مطالعه های مختلف داخلی به تأیید رسیده است (۲۵-۲۷). در مطالعه هاشمی و همکاران (۱۳۹۳) که با هدف تعیین ویژگی های روانسنجی بود آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۸). اعتبار پرسشنامه در مطالعه حیدری و غنایی (۱۳۸۷) نیز برابر با ۰/۸۳۱ گزارش گردید (۲۹). این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه است که ۷ گویه مربوط به انسجام اجتماعی، ۷ گویه مربوط به پذیرش اجتماعی، ۶ گویه مربوط به مشارکت اجتماعی، ۶ گویه مربوط به انطباق اجتماعی و ۷ گویه مربوط به شکوفایی اجتماعی است. پاسخ ها بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) بوده و به هر گزینه نمره های ۴، ۳، ۲، ۱ و ۰ اختصاص می یابد. ۸ گویه پرسشنامه (۲۶-۲۹، ۱۶-۲۴، ۱۱-۱۳) به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. پایین ترین نمره ممکن در سلامت اجتماعی صفر و بالاترین

جدول ۱. فرآیند انجام آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر رفتار اجتماعی

جلسات	موضوع اهداف جلسات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی مشکل.
جلسه دوم	آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله ی پشت ساق پا، ران ها، شکم، سینه، شانهها، گردن، لب، چشمها، آرواره ها، پیشانی.
جلسه سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دستها و بازوها، پاها و رانها، شکم و سینه، گردن و شانه، آروارهها، پیشانی و لبها و تکالیف خانگی تن آرامی.
جلسه چهارم	آموزش ذهن آگاهی تنفس: تکنیکهایی از قبیل دم و بازدم همراه آرامش و حتی گفتن آرامش در هنگام دم و بازدم و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و تماشای تنفس آموزش داده شده و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه.
جلسه پنجم	آموزش تکنیک پویش بدن: توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها (جهت آگاهی عمدی از تمام اعضای بدن) و جستجوی حس های فیزیکی (شنوایی، چشایی و ...)، تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن (آرامش در خوردن و توجه به مزه ی غذا).
جلسه ششم	آموزش ذهن آگاهی افکار: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجارب منفی و مثبت روزانه بدون پیش داوری در مورد آنها.
جلسه هفتم	ذهن آگاهی کامل: تکرار جلسات ۵،۴ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ دقیقه
جلسه هشتم	جمع بندی جلسات آموزشی و اجرای پس آزمون

گروه فراشناخت بود. به گونه ای که میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس پذیرش اجتماعی در قبل از مداخله در گروه فراشناخت $2/56 \pm 15/13$ بود و بعد از اجرای مداخله به $2/38 \pm 20/90$ رسید که تفاوت $5/77$ واحدی در میانگین مشهود بود. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس مشارکت اجتماعی در قبل از مداخله نیز در گروه ذهن آگاهی $2/99 \pm 14/50$ بود و بعد از اجرای مداخله به $2/30 \pm 18$ رسید که تفاوت $3/5$ واحدی در میانگین مشاهده شد. همچنین کمترین افزایش در گروه ذهن آگاهی مربوط به خرده مقیاس پذیرش اجتماعی و در گروه فراشناخت در خرده مقیاس مشارکت اجتماعی می باشد. به طوریکه میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس پذیرش اجتماعی، قبل از مداخله در گروه دریافت کننده آموزش ذهن آگاهی $2/60 \pm 15/10$ بود و بعد از اجرای مداخله به $2/53 \pm 16/03$ رسید که تنها $0/93$ تفاوت بین دو میانگین دیده شد. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس مشارکت اجتماعی در قبل از مداخله در گروه فراشناخت $2/89 \pm 14/08$ بود و بعد از اجرای مداخله به $1/91 \pm 16/83$ رسید که تفاوت $2/75$ واحدی در میانگین ها مشاهده شد. بنظر می رسد در ارتباط با ارتقای پذیرش اجتماعی آموزش فراشناخت موثر تر از آموزش ذهن آگاهی باشد. در حالیکه آموزش ذهن آگاهی بر ارتقای مشارکت مشارکت اجتماعی موثرتر از فراشناخت عمل می کند.

برای گروه آزمایشی دوم دوره آموزشی مهارت های اجتماعی با رویکرد فراشناختی که توسط شینکر و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده است در ده جلسه ۹۰ دقیقه ای توسط محقق برگزار شد. آموزش ها شامل مباحثی چون خود مدیریت، قضاوت های اجتماعی و رفتار مسؤالانه بود. هر جلسه آزمودنی ها به گروه های چند نفری تقسیم و در مورد موضوعات اجتماعی به بحث و گفتگو می پرداختند و سپس جمع بندی و نتیجه گیری توسط مربی و همه گروه ها انجام می شد. همچنین فرم هایی حاوی سوالات و نکات کلیدی بحث جهت تسهیل در جمع بندی نظرات تهیه شده بود که در اختیار گروه ها قرار می گرفت.

یافته ها

در این پژوهش ۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان های سطح شهرستان سیرجان وارد مطالعه شدند. از آمار توصیفی برای بررسی شاخص های توصیفی زیر مقیاس های بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی دو گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شد، نتایج در (جدول ۲) گزارش شده است. همانگونه که نتایج نشان می دهد میانگین پس آزمون در ابعاد بهزیستی اجتماعی در گروه های آزمایش افزایش یافته است. بیشترین افزایش مربوط به خرده مقیاس مشارکت اجتماعی در گروه ذهن آگاهی و خرده مقیاس پذیرش اجتماعی در

منظور از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس مشاهده شده ی متغیرهای وابسته در مرحله پیش آزمون ($F=2.18, P=0.072$) و پس آزمون ($F=1.47, P=0.147$) رعایت شده است. نتایج مربوط به آنالیز کواریانس در مورد متغیرهای پژوهش در (جدول ۳) گزارش شده است نتایج نشان می دهد که پس از کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معناداری بین گروه های مداخله و کنترل در مرحله پس آزمون وجود دارد ($p < 0.05$). عبارت دیگر هر دو روش آموزش (روش ذهن آگاهی و روش فراشناخت) بطور معناداری باعث افزایش بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی در پرستاران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است.

تفاوت میانگین ها در گروه کنترل، قبل و بعد از اجرای مداخله یا کاهش اندکی داشته و یا با افزایش ناچیزی همراه بوده است. به منظور تحلیل داده ها از نظر اثر بخشی مداخله، معنی دار بودن تغییرات میانگین ها بین دو گروه مداخله و کنترل بررسی شد، بدین جهت برای کنترل کردن اثر پیش آزمون از آنالیز کواریانس چند متغیره استفاده شد. برای بررسی مفروضات آزمون توزیع نرمال داده ها با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف سنجیده شد که نتیجه آزمون نشان دهنده توزیع نرمال داده های مربوط به کلیه متغیرها بود ($p > 0.05$). یکی دیگر از مفروضات این آزمون، بررسی همسانی ماتریس های واریانس-کوواریانس می باشد. بدین

جدول ۲. شاخص های توصیفی زیر مقیاس های بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی در گروه آزمایش و گروه کنترل

مقیاس	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انسجام اجتماعی	ذهن آگاهی	۱۴/۸۳	۲/۳۶	۱۶/۸۰	۲/۱۷
	فراشناخت	۱۵/۰۸	۲/۹۳	۱۷/۳۷	۲/۴۵
	کنترل	۱۵/۲۷	۲/۴۹	۱۴/۸۳	۲/۱۵
پذیرش اجتماعی	ذهن آگاهی	۱۵/۱۰	۲/۶۰	۱۶/۰۳	۲/۵۳
	فراشناخت	۱۵/۱۳	۲/۵۶	۲۰/۹۰	۲/۳۸
	کنترل	۱۵/۲۷	۲/۴۸	۱۵/۲۷	۱/۹۲
انطباق اجتماعی	ذهن آگاهی	۱۴/۳۰	۲/۵۴	۱۶/۶۳	۲/۲۷
	فراشناخت	۱۵/۴۴	۲/۳۱	۱۷/۱۰	۲/۳۹
	کنترل	۱۴/۸۷	۲/۶۰	۱۵/۲۰	۲/۱۰
مشارکت اجتماعی	ذهن آگاهی	۱۴/۵۰	۲/۹۹	۱۸/۰۰	۲/۳۰
	فراشناخت	۱۴/۰۸	۲/۸۹	۱۶/۸۳	۱/۹۱
	کنترل	۱۵/۴۷	۲/۵۹	۱۵/۴۰	۲/۰۷
شکوفایی اجتماعی	ذهن آگاهی	۱۴/۷۰	۲/۹۲	۱۶/۹۵	۲/۴۴
	فراشناخت	۱۴/۳۷	۲/۳۸	۱۷/۴۷	۲/۵۴
	کنترل	۱۴/۷۷	۲/۳۶	۱۴/۸۷	۲/۲۵
بهزیستی اجتماعی	ذهن آگاهی	۷۵/۶۳	۷/۲۲	۸۵/۲۰	۶/۳۳
	فراشناخت	۷۲/۷۷	۷/۰۲	۸۱/۲۳	۵/۵۹
	کنترل	۷۴/۶۳	۷/۱۶	۷۴/۲۰	۶/۴۵
امید به زندگی	ذهن آگاهی	۱۱/۹۳	۲/۹۲	۱۴/۲۷	۳/۰۱
	فراشناخت	۱۱/۵۷	۲/۷۹	۱۳/۹۲	۲/۷۶

جدول ۳: بررسی آموزش ذهن آگاهی و فراشناخت بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی در گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آنالیز کوواریانس

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	F	P-value
ذهن آگاهی	کنترل	۶۴۷۰/۸۵	۱	۲۲۷/۳۵	۰/۰۰۰
	مداخله	۶۰۹/۲۲	۱	۲۱/۴	۰/۰۰۰
امید به زندگی	کنترل	۹۵۱/۴۶	۱	۲۸/۵۷	۰/۰۰۰
	مداخله	۴۱۷/۳۴	۱	۱۲/۵۳	۰/۰۰۰
بهزیستی اجتماعی	کنترل	۶۹۰/۹۶	۱	۱۶۴/۶۵	۰/۰۰۰
	مداخله	۱۵۱/۵۱	۱	۴/۹۲	۰/۰۳
فراشناخت	کنترل	۵۰۸/۶۱	۱	۳۳/۹۹	۰/۰۰۰
	مداخله	۱۹۹/۲۲	۱	۱۳/۳۱	۰/۰۰۰

بحث

هدف از انجام این پژوهش ارزیابی تأثیر آموزش های ذهن آگاهی و فراشناخت بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی در پرستاران بیمارستان های شهر سیرجان بود. نتایج تحلیل با استفاده از آنالیز کوواریانس نشان داد که هم آموزش ذهن آگاهی و هم آموزش فراشناخت بر امید به زندگی و بهزیستی اجتماعی پرستاران تاثیر مثبت داشته است. این یافته ها با نتایج بررسی های محققان دیگر مورد تأیید قرار گرفته است (۳۳-۳۵).

نتایج این پژوهش در زمینه اثر بخشی آموزش های ذهن آگاهی و فراشناخت بر امید به زندگی پرستاران بیمارستان ها نشان داد که بعد از برگزاری هشت جلسه، هم آموزش ذهن آگاهی و هم آموزش فراشناخت باعث ارتقاء امید به زندگی پرستاران شده است. این یافته با پژوهش های دیگری که در جمعیت های بالینی به رابطه ذهن آگاهی با بهبود امید به زندگی (۳۶)، دوره های افسردگی، سلامت روان و کیفیت زندگی پرداخته اند، همخوان است (۳۷، ۳۸). همچنین در جمعیت غیربالینی، اثرات مثبت مراقبه ذهن آگاهی و تمرین مراقبه بر توجه و توانایی کنترل بر نشخوار فکری منفی، توجه متمرکز بر خود (۳۹)، نظم دهی هیجانی، بهبود بهزیستی روان شناختی (۴۰)، مؤثر عنوان شده است، چرا که باور فراشناخت به اکتساب پیرامون فراشناختی و دانش درباره ی نحوه استفاده از فرایندهای کنترل شناختی اشاره دارد (۴۱).

در پژوهش دیگری تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی

بر ذهن آگاهی (MBSR) بر روی افزایش جرأت ورزشی در دانشجویان مضطرب موثر بوده است بگونه ای که MBSR برای رفع اضطراب اجتماعی و خودارزیابی منفی مؤثر بوده و باعث افزایش عزت نفس و خودارزیابی مثبت در این افراد شده است (۴۲). تحقیقات نشان می دهند که تنظیم هیجانی، آگاهی فیزیولوژی و همدلی را افزایش می دهد سطح بالاتر همدلی برای افراد کارمند در تمام سطوح مطلوب می باشد بگونه ای که محیط هایی که دارای سطوح بالاتری از همدلی بین همکاران هستند سطوح بالاتری از عدالت تعاملی و سطوح پایین تری از آزار جنسی و رفتار جامعه ستیزانه را نشان داده اند (۴۳). راهبردهای فراشناختی بر راهبردهای شناختی اعمال کنترل می کنند و به آنها جهت می دهند. بنابراین، برای موفقیت در یادگیری لازم است راهبردهای شناختی و فراشناختی با هم به کار برده شوند (۴۲). دیره و بنی جمالی (۲۰۰۹) توسعه راهبردهای شناختی و فراشناختی را لازمه ادراک خود کارآمدی می دانند (۴۴). اثر بخشی آموزش راهبردهای فراشناختی بر کاهش اضطراب امتحان، افزایش خودکارآمدی، عزت نفس تحصیلی و هوشیاری و خود کنترلی تأیید شده است (۴۲، ۴۳). فرضیه دیگر پژوهش به اثر بخشی آموزش های ذهن آگاهی و فراشناخت بر بهزیستی اجتماعی می پردازد. بهزیستی اجتماعی از مفاهیمی است که هر جامعه ای برای رسیدن به آن تلاش می کند (۲۱).

نتایج این پژوهش در زمینه اثر آموزش های ذهن آگاهی و فراشناخت بر بهزیستی اجتماعی نشان داد که هر دو

محدودیت های این پژوهش: عدم کنترل عوامل تأثیرگذار فرهنگی مانند: خانواده، محل کار بر متغیرهای وابسته تحقیق و عدم همکاری بعضی از آزمودنی ها در اجرای فعالیت های طول دوره بود که تلاش شد با هماهنگی های مکرر با سرپرستاران و نیروهای پرستاری و ترغیب آنها این مسئله مرتفع شود. ویژگی های فردی و شخصیتی و یا میزان جامعه پسندی آزمودنی ها از مواردی بود که کنترل آنها برای محقق امکان پذیر نبود. پیشنهاد می شود پژوهش هایی با استفاده از رویکردهای آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت در زمینه مشکلات مختلف اجتماعی مانند مسأله اعتیاد و آسیب های اجتماعی بزهکاری و جنایی هم استفاده شود. این پژوهش در بین پرستاران انجام شده است که لازم است این آموزش ها در بین سایر گروه های شغلی مانند کارمندان، کارگران، و مدیران مختلف نیز انجام شود. پژوهش هایی با محوریت ذهن آگاهی در مورد گروه های سنی مختلف و یا جوامع مختلف برای بهتر شناختن اثرات آن ضروری است. بعلاوه پیشنهاد می شود مدیران بیمارستان ها و مدیران پرستاری اینگونه آموزش ها را در جهت کاهش استرس و فشارهای روانی پرستاران بکار گیرند.

سپاسگزاری

بدینوسیله تیم تحقیق بر خود لازم می داند که از مسؤولین و پرستاران شاغل در بیمارستان های امام رضا (ع) و دکتر غرضی شهرستان سیرجان که درانجام پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایم.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام میدارند که هیچ گونه تضاد منافعی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

متغیر بر بهزیستی اجتماعی پرستاران تأثیر مثبت معنادار داشته است. و می توان گفت آموزش های ذکر شده می تواند به بهبود بهزیستی اجتماعی در همه ابعاد آن برای افراد مختلف کمک کند. موضوعات مطرح شده در برنامه آموزشی ذهن آگاهی برای بهزیستی اجتماعی مسایلی بوده که با نیازهای فردی و شخصی پرستاران نزدیک تر بوده و آنان به طور روزمره با آن سرو کار داشته و اثرات مستقیم آن را به طور ملموس حس می کرده اند. به زعم گلداسمیت بهزیستی اجتماعی ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفرد فرد در ارتباط با دیگران است و آن را یکی از شاخص های سلامت هر جامعه ای معرفی می کند، که منجر به کارایی رفتار فرد می گردد (۴۵). این نتایج با نتایج پژوهش های مختلف دیگر در این زمینه همراستا است (۴۶).

افرادی که از توانایی فراشناختی برخوردارند قادر به ایجاد تعادل بین کنش های درونی و بیرونی خود هستند و از این طریق از سلامت روانی و بهزیستی بیشتری برخوردار می شوند (۴۷). عواطف مثبت کارکردهای شناختی پیچیده را که نیاز به انعطاف پذیری، یکپارچگی و استفاده از راهبردهای شناختی مانند حل خلاقانه مسائل، تصمیم گیری و یادگیری می شود را تسهیل می کند. از این رو افرادی که عواطف مثبت دارند، انگیزه بیشتری برای یادگیری دارند. همچنین عواطف مثبت با ایمنی، سلامت جسمانی، رضایت از زندگی، برانگیختگی، سلامت جسم و روان رابطه مستقیم و درمقابل عواطف منفی با تنیدگی مزمن و پایدار، کاهش پاسخ دهی روانشناختی به تنیدگی رابطه مستقیم دارد (۴۸).

نتیجه گیری

با توجه به آنچه عنوان گردید با ارتقای بهزیستی اجتماعی و افزایش امید به زندگی در اقشار مختلف بخصوص افراد شاغل در محیط های پر استرس، مانند پرستاران، می توان سطح سلامت اجتماعی و روانی آنها را ارتقاء داد بدین منظور مداخلاتی چون ذهن آگاهی و فراشناخت می تواند مؤثر واقع شود و ارائه این آموزش ها می تواند اثرات مفید اجتماعی را در بین شاغلین گروه های شغلی در معرض استرس بالا بویژه پرستاران ایجاد کند.

References

1. Mehrdad N, Nikpour S, Hajikazemi E, Haghani H. Risk factors associated with injection initiation among youth drug users admitted to the three Drug Treatment Centers in Tehran, Iran. *Archives Des Sciences*. 2012;65(8):404-20.
2. Sharifi M, Javanmard GH. A comparative study of problem solving styles and mental health in male substance abusers and normal men. *Psychol Behav Sci*. 2017;6(3):36-42.
3. King A. Enhancing peer interaction and learning in the classroom through reciprocal questioning. *American Educational Research Journal*. 1990;27(4):664-87.
4. Yazdanpanah L, Nikvarz T. Relationship between Social factors and social health among students of Shahid Bahonar University of Kerman. *Journal of Applied Sociology*. 2015;9(3):19-22.
5. Hardy KK, Willard VW, Allen TM, Bonner MJ. Working memory training in survivors of pediatric cancer: a randomized pilot study. *Psycho-Oncology*. 2013; 22 (8):1856-65.
6. Nejati V, Shahidi S, Maleki G, Darvishi Lord M. Cognitive correlates of hope; Evidence from neuropsychological tests. *Advances in Cognitive Science*. 2013;14(4):29-38.
7. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*. 1979; 34 (10): 906. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
8. Erfani N. Developing Measurement Model of Cognitive and Metacognitive Learning Strategies. *Res in School and Virtual Learning*. 2016; 3(12):7-16.
9. Iiskala T, Vauras M, Lehtinen E, Salonen P. Socially shared metacognition of dyads of pupils in collaborative mathematical problem-solving processes. *Learning and instruction*. 2011; 21 (3):379-93. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2010.05.002>
10. Mahmoudi A. Educational achievement with Mega-cognitive insight in Reading strategies.. *The Online Journal of New Horizons in Education-January*. 2016;6(1).
11. Ostadian Khani Z, Fadie Moghadam M. Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons. *Archives of rehabilitation*. 2017;18(1):63-72.
12. Ashouri A, Vakili Y, Bensaeid S, Nouei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. 2009.
13. Ghaleb A-B, Ghaith S, Akour M. Self-efficacy, achievement goals, and metacognition as predictors of academic motivation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;191:2068-73.
14. Vohs JL, Lysaker P, Francis M, Hamm J, Buck K, Olesek K, et al. Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophrenia Research*. 2014;153(1-3):54-9.
15. Mohammadi Soreh M. The effect of mindfulness on Perceived stress and cognitive insight in pregnant women: MSc. thesis]. Urmia: Urmia Branch, Islamic Azad University; 2016.
16. Gunnell KE, Mosewich AD, McEwen CE, Eklund RC, Crocker PR. Don't be so hard on yourself! Changes in self-compassion during the first year of university are associated with changes in well-being. *Personality and Individual Differences*. 2017;107:43-8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.032>
17. Ghasempour L, Hoseini FS, Soleymani M, Ahmadi M. Effects of physical fitness exercise, mental exercise and mindfulness exercise on static and dynamic balance in elderly women. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):180-91. <https://doi.org/10.21859/sija-1202180>
18. Godfrin K, Van Heeringen C. " The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study": Corrigendum. 2011;49(2):144
19. Vøllestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(4):281-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.007>
20. Lotan G, Tanay G, Bernstein A. Mindfulness and distress tolerance: relations in a mindfulness preventive intervention. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2013;6(4):371-85. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.4.371>
21. Seddighi H, Salmani I. Online volunteering, a way to reduce health inequalities: a review study. *Journal of Community Health Research*. 2018;7(4):256-64. <https://doi.org/10.18502/jchr.v7i4.273>
22. O Donovan R, Doody O, Lyons R. The effect of stress on health and its implications for nursing. *British Journal of Nursing*. 2013;22(16):969-73. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.16.969>
23. Sotoodeh H, Shakerinia I, Jobaneh RG, Kheyrafi M, Seddigh MH. Role of Family Health and Spiritual health on Nurses Psychological Wellbeing. *Medical History Journal*. 2016;7(25):161-84.
24. Happell B, Dwyer T, Reid-Searl K, Burke KJ, Caperchione CM, Gaskin CJ. Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *Journal of nursing management*. 2013;21(4):638-47.
25. Zaki MA, Khoshouei MS. Factors affecting social well-being of the residents of the city of

- Isfahan. 2013;3(8):79-108
26. Sharbatiyan MH. The semantic components reflecting the link between social capital and the rate social health of the benefit of students of Payam Noor University, Mashhad. *Sociological Studies of Youth*. 2011;2(5):149-74.
 27. Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Examining the factor structure of the Keyes' comprehensive scale of well-being. *Journal of Iranian Psychologists*. 2006;9:35-51.
 28. Bahri A, Corebima AD. The contribution of learning motivation and metacognitive skill on cognitive learning outcome of students within different learning strategies. *Journal of Baltic Science Education*14.(4)487 :2015.
 29. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60(4):570.
 30. Samadifard HR. Prediction of life expectancy of spouses based of meta-cognitive belief and cognitive fusion. 2017;6(2):48-62
 31. Zarei E, Fini AAS, khajehzadeh Fini H. A comparison of effect of group counselling methods, behavioural, cognitive and cognitive-behavioural to reduce students test anxiety in the University of Hormozgan. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:2256-61.
 32. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometrics features of the Snyder hope scale. 2011;3(19):7-23
 33. Sharifi M. Effects of Critical Success Factors on Maturity Level of Hospital Information Systems: *Universiti Teknologi Malaysia*; 2016.
 34. Hansla A, Gamble A, Juliusson A, Gärling T. The relationships between awareness of consequences, environmental concern, and value orientations. *Journal of environmental psychology*. 2008;28(1):1-9.
 35. Azari S, Khademi A, Esmali A. The effectiveness of metacognitive therapy in distress tolerance in adolescent boys. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. 2013;1(1):291-303.
 36. Banson W. The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students highschool and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. Ankara: East technical university. 2006;13(12):1097-1103
 37. Travis DJ, Lizano EL, Mor Barak ME. 'I'm so stressed!': A longitudinal model of stress, burnout and engagement among social workers in child welfare settings. *The British Journal of Social Work*. 2016;46(4):1076-95. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct205>
 38. Izadi S, Neamat TM. The effectiveness of mindfulness therapy in quality of life among patient with MS. 2017;11(42):37-46
 39. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83.
 40. Fathi Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: Personality and mental health Persian. Tehran: Be'sat. 2009:35-70.
 41. Karami J, Zakiee A, Rostami S. The role of meta-cognitive beliefs and self-efficacy in predicting social phobia in third grade boy students in kermanshah. 2012;1(1):62-75
 42. Farokhi H, Karami A, MIR DF. The Effect of Teaching Metacognitive Strategies on Improving Academic Achievement and Reducing Test Anxiety in Nursing Students. 2018;13(1):31-42
 43. Movahedi Y, Kariminajad K, Movahedi M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;2(4):6-14.
 44. Deyreh E, Banijamali S. The study of contribution of motivational factors on cognitive and metacognitive strategies use in Learning procecces 2009;5(3):47-62.
 45. Sedation SH, Mostajeran M, Ghamrani A. The comparative analysis of hope and optimism among normal students and those suffering from hearing impairment. *Exceptional Education Journal*. 2012;4(112):18-26.
 46. Nyklíček I, Mommersteeg P, Van Beugen S, Ramakers C, Van Boxtel GJ. Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: A randomized controlled trial. *Health Psychology*. 2013;32(10):1110. <https://doi.org/10.1037/a0032200>
 47. Hadi S, Hoseinzadeh P, Zarei E, Badal Poor Z. Prediction of physical and mental health based on components of decision making and problem solving, family solidarity, expression of love and physical appearance among married teachers of elementary schools in Karaj city, Iran. *Jorjani Biomedicine Journal*. 2017;5(1):89-77.
 48. Reimert I, Bolhuis JE, Kemp B, Rodenburg TB. Indicators of positive and negative emotions and emotional contagion in pigs. *Physiology & behavior*. 2013;109:42-50. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2012.11.002>