

Research Article

The Effectiveness of Meta-Cognitive Training on Quality of Life and Psychological Hardiness of Red Crescent Relief Rescuer Workers

Mohammad Naderi Lordejani¹, Maryam Chorami^{*2}

1- M. A. student in General Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, shahrekord, Iran

2- Assistant Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Human Sciences, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of meta-cognitive training on the quality of life and psychological hardiness of Red Crescent Relief rescuer workers. Two hundred Red Crescent Relief rescuers were selected by the available sampling method, and after implementing the questionnaires, forty were selected and randomly divided into two groups (twenty experimental and twenty Control group). This research was quasi-experimental with a design of pretest-posttest- follow up and with a control group. Meta-cognitive training was conducted on the experimental group during twelve sessions with ninety minutes based on the Wels metacognitive therapy over two months on the experimental group. After the last session, the post-test, and after two months, the follow-up was conducted. Data was gathered by The World Health Organization Quality of Life Questionnaire and Kobasa Psychological Hardiness Questionnaire. The analysis of data with variance analysis with repeated measures showed that metacognitive training affects Red Crescent relief workers' appropriate quality of life and psychological hardiness. This effect also continues after two months. Based on these results, for improving the quality of life and increase the psychological hardiness of rescuers, metacognitive training can be used.

Keywords: metacognitive training, quality of life, psychological hardiness.

*. choramimaryam@gmail.com

اثربخشی آموزش فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی امدادگران هلال احمر

محمد نادری لردجانی^۱، مریم چرامی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد،

ایران.

naderim963@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

choramimaryam@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی امدادگران هلال احمر انجام شد. تعداد ۲۰۰ نفر از امدادگران هلال احمر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و پس از اجرای پرسشنامه‌های پژوهش، تعداد ۴۰ نفر، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۲۰ نفر گروه آموزش و ۲۰ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. آموزش فراشناختی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس درمان فراشناختی ولز در طی دو ماه روی گروه آزمایش اجرا شد و پس از اتمام جلسات پس‌آزمون و دو ماه بعد از اتمام جلسات، آزمون پیگیری اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا برای جمع‌آوری استفاده شدند. نتایج تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان دادند آموزش فراشناختی به بهبود کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی امدادگران هلال احمر در گروه آزمایش منجر می‌شود و این تأثیر بعد از دو ماه نیز ماندگار است. بر اساس این، می‌توان از آموزش فراشناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی و افزایش سرسختی روانشناختی امدادگران بهره جست.

واژه‌های کلیدی: آموزش فراشناختی، کیفیت زندگی، سرسختی روانشناختی

مقدمه

در زندگی امروزی بیش از هر زمان دیگری شاهد تجارب استرس‌زایی هستیم که بهداشت روان افراد را به مخاطره انداخته و باعث بروز ناراحتی‌های روانی در انسان شده است. در این میان، امدادگران به دلیل ماهیت شغلی خود اغلب با بیماران بدحال و رو به مرگ و خانواده‌های آنها ارتباط برقرار می‌کنند که این مسئله بر بهداشت روانی آنها مؤثر است (الموتایری، ال - راشدی و الموتایری، ۲۰۲۰). امدادگران از جمله گروه‌هایی‌اند که از نخستین دقایق بروز یک فاجعه نظیر سیل، زلزله، جنگ، آتش‌سوزی و ... در موقعیت حاضر می‌شوند و به ایفای وظایف خود می‌پردازند؛ به همین سبب، امدادگری فعالیتی پر استرس و فشارزا تلقی می‌شود (جمال، ۲۰۱۷). فشار روانی ناشی از نوع شغل، مأموریت‌های پیچیده، احتمال معلولیت و مرگ از جمله شرایطی‌اند که امدادگران به صورت مکرر با آن روبه‌رو هستند (کرمی، ۱۳۹۴)؛ بنابراین، وجود چنین شرایطی کیفیت زندگی^۱ این افراد را مختل می‌کند (سراج، باباخانی، صالحیان، ۲۰۱۸). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲، کیفیت زندگی به تصور افراد از میزان مطلوبیت شرایط زندگی خود با در نظر گرفتن موقعیت فرهنگی و نظام‌های ارزشی آنها و با توجه به انتظارات، اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آنان اشاره دارد (پانزینی و همکاران، ۲۰۱۹). نتیجه مطالعه مائو، فونگک، هو و لوک (۲۰۱۸) نشان داد مواجهه مکرر با مرگ و جراحت، ضمن ایجاد اضطراب در امدادگران به افت کیفیت زندگی آنان منجر می‌شود؛ با این حال، مطالعات نشان داده‌اند برخی مؤلفه‌های روانشناختی نظیر ویژگی‌های شخصیتی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد؛ یکی از این مؤلفه‌ها سرسختی روانشناختی^۳ است. نخستین بار کوباسا (۱۹۷۹) سرسختی روانشناختی

را به کار برد (کوباسا^۴، ۱۹۷۹) به نقل از کوباسا، مدلی و زولا، (۱۹۸۳). کوباسا و همکاران (۱۹۸۳) سرسختی را ترکیبی از باورها درباره خود و جهان می‌دانند که دارای سه مؤلفه مهار (کنترل‌پذیری)، تعهد و مبارزه‌جویی است. اعتقاد به دگرگونی و تغییر و باور به پویایی زندگی باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود و باور به اینکه هر رویدادی به معنی تهدیدی برای ایمنی و تندرستی انسان نیست، سبب صبر در مقابل رویدادهای پر استرس و شرایط مبهم می‌شود. در واقع سرسختی روانشناختی، ساختار واحدی است که از عمل یکپارچه و هماهنگ سه مؤلفه مرتبط باهم سرچشمه می‌گیرد (هامره و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس این، سرسختی روانشناختی به افرادی اشاره دارد که در برابر استرس‌ها و تنش‌های روانی مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند و به نسبت بقیه کمتر مستعد بیماری‌اند (هالیم، مسعود، عزیز، جامی، ۲۰۱۷)؛ بنابراین، افراد سرسخت از لحاظ روانشناختی، در زندگی خود کارآمدترند، نسبت به فعالیت‌هایشان اطمینان بیشتری دارند و از باورها و تغییرات جدید استقبال می‌کنند (اسکوموروسکی، سودم، ۲۰۱۱). یاسین، ناسیر و شایین (۲۰۱۶) نشان دادند امدادگران دارای سرسختی بالاتر، رویدادهای پر استرس و تنش‌زا را کنترل‌پذیرتر و منطقی‌تر ارزیابی می‌کنند. همین مسئله سبب می‌شود تا برانگیختگی‌های جسمانی که در نتیجه ارزیابی‌های منفی به وجود می‌آیند و به بروز بیماری منجر می‌شوند، در امدادگران سرسخت کمتر باشد و درماندگی روانی کمتری را تجربه کنند (فرخی، ۱۳۹۰).

بر اساس این و با توجه به حساسیت شغل امدادگری، توجه به مسائل بهداشتی و روانشناختی این افراد اهمیت زیادی دارد؛ بنابراین، به کارگیری اصول مداخله روانشناختی با هدف بهبود کیفیت زندگی و افزایش سرسختی روانشناختی، ضرورتی بدیهی به نظر

1 Quality of life

2 World health Organization

3 Psychological Hardiness

شناختی بیشتری را داشته باشند (اصغری ابراهیم آباد و ممی زاده اوجور، ۱۳۹۷؛ کریمی و میرجعفری، ۲۰۱۷).
 مطالعات زیادی آثار درمان فراشناختی را بررسی کرده‌اند؛ برای مثال، مطالعاتی، از روش فراشناختی برای درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب، افسردگی و اضطراب پس از سانحه سود جسته‌اند (فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۸؛ ولز و کولبر، ۲۰۱۲). ون، اوکونر، برین، کانه و ریز (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند درمان فراشناختی به کاهش اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری و بهبود کیفیت زندگی افراد دارای اختلال سوگ طولانی منجر شده است. در همین راستا، نتایج پژوهش پرتو و حیاتی (۱۳۹۸) و پلنگی آغمیونی (۱۳۹۶) نیز اثربخشی این رویکرد را بر بهبود کیفیت زندگی زنان باردار و افسرده نشان دادند. دلفروز و ذوقی (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود نشان دادند درمان فراشناختی بر افزایش سرسختی روانشناختی معنادار نگاهدارنده با متادون مؤثر است. نتیجه کلی این مطالعات این است که به نظر می‌رسد درمان فراشناختی رویکرد درمانی اثربخشی است (فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ با این حال، به علت نبود پژوهش‌های علمی در زمینه اثربخشی مداخلات روانشناختی بر بهبود کیفیت زندگی امدادگران هلال احمر، در پژوهش حاضر سعی شد کارآمدی درمان فراشناختی در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی آزمون شود. بدیهی است یافته‌های به دست آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روانشناسان بالینی و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه قرار دهد؛ بنابراین، هدف پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی امدادگران هلال احمر است. فرضیه این پژوهش عبارت است از: آموزش فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی امدادگران هلال احمر اثربخش است.

می‌رسد. یکی از مداخلات به کار گرفته شده در این زمینه، درمان فراشناختی^۱ است. نخستین بار آدرین ولز^۲ درمان فراشناختی را معرفی کرد. این دیدگاه، بر این عقیده است که انسان‌ها به این علت درگیر ناراحتی هیجانی می‌شوند که فراشناخت این افراد، به الگوی مشخصی از پاسخگویی به تجربیات درونی منتهی می‌شود که سبب تداوم احساسات منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود (فیلیپ، کریستون، کوهنی، هارتر، میتسر، ۲۰۲۰). این الگو را نشانگان شناختی توجهی نامیدند که شامل توجه تثبیت شده، نگرانی، راهبردهای خودتنظیمی، نشخوار فکری یا راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (ولز، ۲۰۱۷). فراشناخت‌ها به کنترل، تعدیل و تفسیر فرایند تفکر می‌پردازند و ارزیابی‌ها و انواع راهبردهایی را شکل می‌دهند که فرد برای تنظیم افکار و احساساتش به کار می‌برد. بر اساس این درمان، باورهای فراشناختی تأثیر مهمی بر شیوه پاسخگویی به افکار، باورها، علائم و هیجانات منفی دارند (آقاجانی، صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۶) و درمان باید شامل حذف نگرانی، رهاکردن راهبردهای تهدیدیابی و کمک به افراد برای تجربه افکار مزاحم بدون اجتناب کردن از آنها باشد (غیور کاظمی، سپهری شاملو، مشهدی، غنائی چمن آباد و پاسالار، ۱۳۹۵).
 اجتناب شناختی به راهی اشاره دارد که افراد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا انتخاب می‌کنند تا به شرایط فشارزا پاسخ دهند. انواع راهبردهای اجتناب شناختی شامل فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۱۵). بر اساس این، رویکرد فراشناختی به دنبال آموزش راهبردهایی است تا به افراد کمک کند خودشان را از مکانیزم‌هایی رها کنند که سبب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نشخوار فکری، خودکنترلی ناسازگارانه‌اند و انعطاف‌پذیری

1 Meta-cognition Therapy

2 Wells

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری بود که مرحله پیگیری دو ماه پس از اتمام جلسات انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را امدادگران هلال احمر شهرستان لردگان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که تعداد آنها ۴۰۰ نفر بود. گروه نمونه شامل ۴۰ نفر از امدادگران هلال احمر شهرستان لردگان بود. روش نمونه گیری، در دسترس بود؛ بدین ترتیب که تعداد ۲۰۰ نفر از امدادگران به صورت در دسترس، پرسشنامه های سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی را دریافت کردند و از این تعداد، ۴۰ نفر از افرادی که پایین ترین نمره در کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. با توجه به اینکه پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود، حجم نمونه برای هر گروه بین ۱۵ تا ۲۵ نفر کفایت می کند (بشلیده، ۱۳۹۷). ملاک های ورود شامل تمایل به شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال روانی و دریافت نکردن هم زمان درمان روانشناختی دیگر و ملاک های خروج، تمایل نداشتن به شرکت و غیبت بیش از دو جلسه بود. دو گروه بر اساس سن و سابقه شغلی با یکدیگر همتا شدند. گروه نمونه طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای در جلسات آموزش درمان فراشناختی حضور داشتند. بسته آموزشی برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی نوشته ولز (۱۳۹۲/۲۰۰۹) بود. هر دو گروه آزمایش و گواه، قبل از آغاز آموزش، پیش آزمون را کامل کردند و بعد از پایان جلسات آموزش نیز پس آزمون و بعد از دو ماه، پیگیری اجرا شد. پس از اخذ مجوز از جمعیت هلال احمر استان، پژوهشگر اصلی این آموزش ها را در

سالن اجتماعات مرکز هلال احمر شهر لردگان برگزار کرد.

ابزار سنجش: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱: مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴) ۲۶ گویه دارد که روی طیف پنج درجه ای (اصلاً= ۱، کمی= ۲، تاحدی= ۳، زیاد= ۴، خیلی زیاد= ۵) نمره گذاری می شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. ردکو، روگرز، بوئل و چو (۲۰۱۵) روایی سازه این پرسشنامه را تأیید کردند. در پژوهش آنان، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد. نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی و پایایی این پرسشنامه را در جامعه ایرانی تأیید کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بررسی شد که برای کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس سرسختی روانشناختی کوباسا^۲: کوباسا (۱۹۹۰) پرسشنامه خود گزارش دهی را طراحی کرد. هدف از طرح این مقیاس، ارزیابی میزان سرسختی روانشناختی افراد است؛ این پرسشنامه دارای ۵۰ ماده و سه خرده مقیاس کنترل، تعهد و مبارزه جویی است. آزمودنی برای پاسخگویی باید نظر خود را در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای (اصلاً صحیح نیست، تقریباً صحیح است، غالباً صحیح است و کاملاً صحیح است) بیان کند. نمره گذاری مقیاس از صفر تا سه است و نمره بالاتر نشان دهنده سرسختی بیشتر است. بارتون^۳ (۱۹۹۵) پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده است (به نقل از راهول^۴، ۲۰۱۷). در مطالعه بابایی و بادامی (۱۳۹۴)، پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است؛ مقدار ضریب به دست آمده برای مقیاس سرسختی روانشناختی و

1 World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)

2 Kobasa Psychological Hardiness Questionnaire

3 Bartone

4 Rahul

حالی که در همین زمان، گروه گواه، آموزشی را دریافت نکرد. در ابتدای جلسات آموزشی درباره هدف و قوانین جلسه، محرمانه بودن اطلاعات و رازداری، توضیحاتی ارائه شد. پس از اتمام مداخله، پس از آزمون و پس از دو ماه، مرحله پیگیری روی هر دو گروه اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات آموزشی ارائه شده است.

خرده‌مقیاس کنترل، تعهد و مبارزه‌جویی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۸۵ بود. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه برای نمره کل و ابعاد کنترل، تعهد و مبارزه‌جویی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۳ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: پس از انتخاب نمونه و دعوت از آزمودنی‌ها و جلب همکاری، فرایند پژوهش شروع شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند؛ در

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی اقتباس از راهنمای عملی آموزش فراشناختی اضطراب و افسردگی و لژ (۱۳۹۲/۲۰۰۹)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی اعضای گروه و بررسی قوانین گروه، بیان اهداف جلسه و ایجاد انگیزه
جلسه دوم	معرفی درمان به صورت کلی و اجرای آزمایش فرونشانی با فکر
جلسه سوم	اجرای آزمایش مجدد فرونشانی با فکر، آغاز چالش با باور مرتبط با کنترل‌ناپذیری، تمرین ذهن آگاهی انفصالی ^۱ ، معرفی به تعویق انداختن نگرانی
جلسه چهارم	ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری کنترل‌ناپذیری، ادامه به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن کنترل.
جلسه پنجم	ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری، ارائه شواهد مختلف، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی، تکلیف ادامه به تعویق انداختن نگرانی و وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، آزمایش از دست دادن کنترل.
جلسه ششم	ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری در صورت نیاز، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه‌زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی، تکلیف القای نگرانی برای آزمودن خطرات.
جلسه هفتم	ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی، اجرای آزمایش چالش با باور مربوط به خطر، تکلیف آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر.
جلسه هشتم	ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هر گونه راهبردهای غیرانطباقی باقیمانده، آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر.
جلسه نهم	شروع چالش با باورهای مثبت، در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر، اجرای راهبرد عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت.
جلسه دهم	ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان، تکلیف آزمایش‌های رفتاری (مثل آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی).
جلسه یازدهم	کار روی معکوس کردن علائم باقیمانده، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، درخواست از فرد برای نوشتن برگه خلاصه درمان.
جلسه دوازدهم	مرور تکالیف، کار روی برنامه درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن با مثال، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان. اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

نمونه شامل امدادگران هلال احمر شهرستان لردگان بود. میانگین سنی گروه آزمایش، ۳۵/۵ و گروه گواه، ۳۴ سال بود. در گروه آزمایش، ۵۵ درصد دارای سابقه ۵ تا ۱۰ سال و ۴۵ درصد دارای سابقه ۱۰ تا ۱۵ سال بودند. در گروه گواه، ۵۰ درصد دارای سابقه ۵ تا ۱۰ سال و ۵۰ درصد دارای سابقه ۱۰ تا ۱۵ سال بودند. به منظور مقایسه هم‌زمان سه مرحله آزمون از تحلیل واریانس تکراری استفاده شد. همچنین، با توجه به معنادار نبودن تفاوت پیش‌آزمون و متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه، متغیری کوواریت نشد. در خور ذکر است قبل از اجرای تحلیل، پیش‌فرض‌های آن شامل نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف^۱ برای کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود ($p > 0.05$). پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها با استفاده از

آزمون لوین^۲ برای کیفیت زندگی ($F=3.05$ $p=0.06 > 0.05$) و سرسختی روانشناختی ($F=0.31$ $p=0.57 > 0.05$) پیش‌فرض یکسانی ماتریس واریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس^۳ کیفیت زندگی ($F=1.01$ $p=0.41 > 0.05$) $Box's M$ ($F=6.65$) و سرسختی روانشناختی ($F=1.91$ $p=0.07 > 0.05$) $Box's M$ (=12.58) بررسی شدند و محدودیتی در این زمینه وجود نداشت. نتایج آزمون کرویت ماچلی^۴ به منظور بررسی مفروضه کرویت نمره کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان دادند آماره ماچلی برای کیفیت زندگی ($Machly's W=0/69$ $\chi^2=13/35$ $p=0/001$) و سرسختی روانشناختی ($Machly's W=0/66$ $\chi^2=14/95$ $p=0/001$) معنی‌دار است و بنابراین، باید از آزمون گرین هوس - گیسر استفاده کرد (بشلیده، ۱۳۹۷، ص ۵۲۵).

جدول ۲. تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای مؤلفه کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات		
۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۳۴/۸۳	۵۲۱/۵۵	۱/۵۳	۱۰۴۳/۱۱	زمان	کیفیت زندگی
۰/۹۹	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲۶/۸۷	۲۴۶۶/۱۳	۱	۲۴۶۶/۱۳	گروه	
۱	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۴۷/۲۴	۹۲۱/۷۳	۱/۵۳	۱۴۱۴/۸۱	تعامل زمان و گروه	
				۱۹/۵۱	۵۸/۳۲	۱۱۳۸/۰۶	خطا	
۰/۹۹	۰/۳۴	۰/۰۰۰۱	۲۰/۰۸	۳۱۶/۶۷	۱/۵۰	۴۷۵/۳۱	مراحل	سرسختی روانشناختی
۰/۷۹	۰/۱۷	۰/۰۰۷	۸/۱۴	۵۱۶/۶۷	۱	۵۱۶/۶۷	زمان	
۰/۹۹	۰/۳۱	۰/۰۰۰	۱۷/۴۹	۲۷۵/۸۵	۱/۵۰	۴۱۴/۰۵	گروه	
				۱۵/۷۶	۵۷/۰۳	۸۹۹/۳۰	تعامل زمان و گروه	

** $p < 0/01$

صرف‌نظر از اثر گروه در خلال مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تغییر معناداری پیدا کرده‌اند ($p < 0/01$).

نتایج جدول تحلیل واریانس مکرر نشان می‌دهند میانگین کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی،

1 Kolmogorov-Smirnov test

2 Levene test

3 M Box

4 Mauchly's test

همچنین، نتایج سطر دوم جدول نشان دادند بین دو گروه، صرف نظر از مراحل آزمون در متغیر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی تفاوت معنادار وجود داشته است ($p < 0/01$). در انتها، در سطر مربوط به

تعامل زمان و گروه، مشخص شده درمان فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی تأثیر داشته است ($p < 0/01$). در ادامه، برای مقایسه دویه دو مراحل از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون مقایسه زوجی LSD و میانگین تعدیل شده گروهها با توجه به عوامل درون گروهی و بین گروهی

پیش‌آزمون	پس‌آزمون		گروه (بین گروهی)	مقدار معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	مراحل (درون گروهی)			
	اختلاف معنی‌داری	اختلاف میانگین								
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	آزمایش-گواه	۰/۰۰۰	۱/۴۱	-۱۱/۸۰	پیش‌آزمون			
				۰/۰۰۰	۱/۶۴	-۱۴/۷۵	- پس‌آزمون			
		پس‌آزمون		۰/۰۲	۱/۰۱	-۲/۹۵	پیش‌آزمون			
				۰/۵۵	۱/۰۵	۱/۴۵	- پس‌آزمون			
		گواه		پیش‌آزمون	۰/۹۹	۱/۲۹	۰/۸۵		پیش‌آزمون	
				- پیگیری	۰/۹۹	۰/۶۹	۰/۶۰		- پس‌آزمون	
	سرسختی روانشناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	آزمایش-گواه	۰/۰۰۱	۱/۳۳	-۵/۶۰	پیش‌آزمون		
					۰/۰۰۱	۱/۲۳	-۹/۳۰	- پس‌آزمون		
			پس‌آزمون		۰/۰۰۰	۰/۷۵	-۳/۷۰	پیش‌آزمون		
					۰/۹۹	۱/۱۳	-۱/۰۵	- پس‌آزمون		
			گواه		پیش‌آزمون	۰/۹۹	۱/۲۳	-۰/۲۰		پیش‌آزمون
					- پیگیری	۰/۶۴	۰/۶۶	-۰/۸۵		- پس‌آزمون

* $p < 0/05$

است ($p < 0/05$)؛ ولی در گروه گواه بین سه مرحله، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. همچنین، مقایسه بین گروهی نیز نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای کیفیت زندگی و سرسختی

با توجه به نتایج جدول ۳، در گروه آزمایش، در دو متغیر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری معنادار

روانشناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/05$). بر اساس این، درمان فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی امدادگران مؤثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی امدادگران هلال احمر بود. با توجه به نتایج مشاهده شده، درمان فراشناختی به بهبود کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی امدادگران هلال احمر منجر شد. نتایج این پژوهش، با یافته‌های ون و همکاران (۲۰۱۵)، پرتو و حیاتی، (۱۳۹۸)، پلنگی آغمیونی (۱۳۹۶)، دلفروز و ذوقی (۱۳۹۴) همسو است.

در تبیین نتیجه به دست آمده باید گفت اجتناب شناختی نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل، راهبرد کارآمدی نیست. بر اساس این، با وارونه کردن راهبردهای اجتناب از نگرانی می‌توان تا حد زیادی از اجتناب شناختی پرهیز کرد (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۱۵). در درمان فراشناختی، به افراد آموزش داده می‌شود که مشکل افراد، داشتن افکار منفی نیست، بلکه مشکل، نحوه پاسخ‌دهی به این افکار منفی است که سبب تداوم و تشدید این افکار می‌شود. تلاش زیاد برای سرکوب افکار باعث ایجاد اثری متناقض می‌شود و هرچقدر فرد بیشتر برای سرکوب افکار تلاش کند، چرخه معیوبی شکل می‌گیرد که وقوع افکار نگران‌کننده را افزایش می‌دهد. نتیجه چنین شرایطی، کاهش کیفیت زندگی است (آفاجانی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین، باور به سودمندی این افکار نگران‌کننده مانعی جدی برای حذف و تعدیل آنها

است. بر اساس این، به چالش کشیدن باورهای مثبت نظیر سودمندی نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و نیز باورهای منفی مانند کنترل‌ناپذیری افکار و باورهای مربوط به خطر، نگرش و توانایی فرد برای مقابله مؤثر در رویدادهای استرس‌زا را افزایش می‌دهد و به افزایش سرسختی روانشناختی آنان منجر می‌شود (کریمی و میرجعفری، ۲۰۱۷).

یک مسئله دیگر در بهبود کیفیت زندگی، آموزش ذهن آگاهی انفصالی است که طی آن، به افکار به‌عنوان زنجیره‌ای از کلمات نگریسته می‌شود؛ کلماتی که قدرتی برای انجام عمل بیرونی ندارند. در واقع ذهن آگاهی انفصالی نوعی آگاهی از افکار است که در آن افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا، مجزا از واقعیت و خویشتن نگریسته می‌شوند؛ در نتیجه، از اهمیت آنها کاسته می‌شود و فرد به این نتیجه می‌رسد که نشخوارهای فکری و نگرانی‌ها به معنی واقعیت بیرونی نیستند (فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۸). استفاده از مفهوم ذهن آگاهی انفصالی به افراد نحوه مقابله مؤثر با افکار را می‌آموزد تا به جای اجتناب، بتوانند آنها را به‌خوبی مدیریت کنند. تسلط بر افکار و آگاهی از نحوه برخورد درست با این افکار سبب افزایش توانمندی فرد در مواقع چالش‌برانگیز می‌شود و سبب می‌شود در چنین شرایطی انرژی روانی فرد برای مقابله با نشخوارها و افکار منفی صرف نشود؛ بلکه با پذیرش این افکار، راهبرد مدیریت هیجان‌ها و غلبه بر چالش را در پیش بگیرند (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۱۵).

همچنین، فرایند تجربه کردن ذهن آگاهی انفصالی، مستلزم گسستگی ادراک خود به‌عنوان یک تجربه عمیق‌تر و وسیع‌تر از محتوای هشیاری است. به عبارت دیگر، فرد در فرایند ذهن آگاهی به این نتیجه می‌رسد که خود چیزی مجزا از احساسات و باورهای او است. این حس اخیر، به‌ویژه هنگامی مفید است که یک فکر

یا احساس سرزده وارد هشیاری و با خودپنداره فرد در آمیخته می شود (ولز، ۱۳۹۲/۲۰۰۹) و اثرات مثبتی بر سرسختی روانشناختی دارد. استفاده از تکنیک ذهن آگاهی انفصالی نقش مؤثری در کاهش نشخوارهای فکری دارد؛ زیرا به جای سرکوب افکار به روش انحرافی تأکید دارد؛ بر اساس این، فرد باید صرفاً ناظر بر افکار خود باشد و اجازه دهد افکار از ذهن او عبور کنند.

هدف دیگر در درمان فراشناختی، افزایش انعطاف پذیری شناختی است. با افزایش انعطاف پذیری شناختی، ویژگی هایی در فرد تقویت می شود که به او در مواجهه به رویدادهای آسیب زا کمک کرد. در واقع افراد منعطف از وجود استرس در زندگی خود اجتناب نمی کنند و آن را فرصتی برای رشد و بالندگی در نظر می گیرند. این افراد چارچوب فکری خود را به صورت مثبت بازسازی می کنند، موقعیت های پُراسترس را می پذیرد و و آنها را امری موقتی و محدود در نظر می گیرند که ضمن افزایش سرسختی روانشناختی، کیفیت زندگی را نیز در آنها افزایش می دهد (اصغری ابراهیم آباد و ممی زاده اوچور، ۱۳۹۷).

مسئله دیگر و مؤثر در افزایش کیفیت زندگی، تکنیک به تعویق انداختن نگرانی است. به تعویق انداختن نگرانی باور به کنترل ناپذیری نگرانی را از بین می برد و سبب می شود فرد احساس کنترل بیشتری بر نگرانی خود داشته باشد و بتواند به شیوه مناسب با آن برخورد کند. در فرایند به تعویق انداختن نگرانی از فرد خواسته می شود هر گونه نگرانی و نشخوار فکری را به تعویق بیندازد. فرد باید به خود بگوید این فکر نگران کننده است. در حال حاضر لازم نیست به آن فکر کنم و می توانم در زمان دیگر به آن فکر کنم. به تعویق انداختن نگرانی می تواند میزان کنترل ناپذیری واقعی نگرانی را آزمون کند (ولز، ۱۳۹۲/۲۰۰۹).

تکنیک دیگر در درمان فراشناختی آموزش، تکنیک توجه است. فرض بر این است که نگرانی و نشخوار فکری همواره سوگیرانه اند و توجه فرد را بر اطلاعات منفی متمرکز می سازند. این وضعیت بر ادراک تحریف آمیز از خود و جهان منجر می شود که در نهایت کیفیت زندگی را کاهش می دهد. در فرایند آموزش، ابتدا از فرد خواسته می شود تمرکز خود را فقط بر یک صدا نگه دارد و بعد تمرکز بر صدای دیگر و ... تا فرد به ترتیب روی چند صدا متمرکز شود. سپس سرعت تغییر توجه را افزایش می دهند تا فرد بتواند بر تغییر سریع توجه مسلط شود و در نهایت، باید بتواند توجه خود را بر صداهای مختلف تقسیم کند (ولز، ۱۳۹۲/۲۰۰۹). این مسئله سبب می شود فرد بتواند در موقعیت های طبیعی، تمرکز خود را بر جنبه های مختلف موقعیت معطوف دارد و توجه خود را بین ابعاد مثبت و منفی رویداد تقسیم کند؛ در نتیجه، از سوگیری در ادراک محیط کاسته می شود.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر به این شرح است: این پژوهش، روی امدادگران هلال احمر صورت گرفته و تعمیم آن به سایر امدادگران (امدادگران اورژانس جاده ای و فوریت های پزشکی، اورژانس اجتماعی) با محدودیت روبه رو است. مسئله دیگر آن است که با توجه به آنکه طی چند ماه منتهی به انجام پژوهش، رویداد پُراسترس نظیر زلزله و جنگ روی نداده بود، نمی توان تأثیر این درمان را بر بازگشت و پذیرش روانی پس از آسیب در امدادگران تعمیم داد. همچنین، ابزار به کاررفته در این پژوهش، پرسشنامه بود؛ بنابراین، این پژوهش با محدودیت ابزارهای خودسنجی روبه رو است. با توجه به محدود بودن پژوهش هایی با محوریت امدادگران هلال احمر، پیشنهاد می شود اثرات درمان فراشناختی در مقایسه با دیگر درمان های روانشناختی بررسی شوند. همچنین، پیشنهاد می شود

به منظور افزایش تعمیم پذیری این رویکرد در بین سایر جوامع نظیر امدادگران اورژانس جاده‌ای و فوریت‌های پزشکی، اورژانس اجتماعی و ... بررسی شود و در نهایت، با توجه به اثربخشی درمان فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی پیشنهاد می‌شود مفاهیم این رویکرد درمانی در قالب دوره‌های ضمن خدمت برای ارتقای بهداشت روانی و کیفیت زندگی امدادگران ارائه شوند.

منابع

- آقاجانی، س؛ صمدی‌فرد، ح و نریمانی، محمد. (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱(۱)۶، ۱۵۶-۱۴۲.
- اصغری ابراهیم‌آباد، م و ممی‌زاده اوجور، م. (۱۳۹۷). نقش انعطاف‌پذیری روانشناختی و سرسختی روانشناختی در تبیین بهزیستی روانشناختی سربازان. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۱)، ۳۷-۵۱.
- بابای، ز و بادامی، ر. (۱۳۹۴). ارتباط سرسختی روانشناختی با عملکرد ورزشی بسکتبالیست‌های لیگ برتر کشور. *مجله رفتار حرکتی و روانشناسی ورزش*، ۱۴، 1031-1040.
- بشلیده، ک. (۱۳۹۷). *روش‌های پژوهش و تحلیل آماری مثال‌های پژوهشی با spss و Amos*. دانشگاه شهید چمران.
- پرتو، ا و حیاتی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فراشناخت بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان باردار. *پژوهش نیمه تجربی*. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۷(۲)، ۱۲۵-۱۳۲.

پلنگی آغمیونی، ا. (۱۱ خرداد ۱۳۹۶). *مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران ام‌اس (ارائه مقاله)*. پنجمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران.

پورا کبری، ف؛ خواجه‌وند خوشلی، ا و اسدی، ج. (۱۳۹۳). رابطه سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در پرستاران. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۱(۲)، ۵۹-۵۳.

دلفروز، س و ذوقی پایدار، م. ح. (۲۷ اسفند ۱۳۹۴). *اثربخشی درمان فراشناختی بر افزایش تاب‌آوری و سخت‌رویی معنادان نگهدارنده با متادون (سخنرانی)*. دومین کنفرانس بین‌المللی علوم و مهندسی، ترکیه - استانبول.

غیور کاظمی، ف؛ سپهری شاملو، ز؛ مشهدی، ع؛ غنائی چمن‌آباد، ع و پاسالار، ف. (۱۳۹۵). *مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و آموزش نوروفیدبک بر باورهای فراشناختی و اضطراب در دختران با اختلال اضطراب اجتماعی*. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۴(۱)، ۲۸-۱۹.

فرخی، ا. (۱۳۹۰). *مقایسه سرسختی ذهنی افراد در سطوح مختلف مهارت، پژوهش*، ۸(۳)، ۸۶-۷۱.

کرمی، س. (۱۳۹۴). *رابطه سلامت روان و رضایت شغلی در امدادگران و کارکنان غیر امدادی جمعیت هلال احمر*. *فصلنامه علمی پژوهشی امداد و نجات*، ۷(۴)، ۵۲-۴۰.

نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکویی نائینی، ک؛ محمد، ک و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). *استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه روان‌سنجی گونه ایرانی*. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.

- depressant and CBT resistant depression: abase line- controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 14-22. doi: 10.1007/s10608-014-9632-x
- Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kuhne, F., Harter, M., Moritz, S., Meister, R., Moritz, S., & Mister, R. (2018). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical Psychology & psychotherapy*, 26(2), 227-240.
- Rahul, D. (2017). Psychological Hardiness among College Students. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(3), 80-84
- Redko, C., Rogers, N., Bule, L., Siad, H. & Choh, A. (2015). Development and validation of the Somali WHOQOL-BREF among refugees living in the USA. *Quality of Life Research*, 24, 1503-1513.
- Seraj, M., Babakhani, V., Salahian, A. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management on Happiness and Quality of Life of Relief workers in Red Crescent Society of Shemiranat, Iran. *Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief*, 11(2), 72-81.
- Skomorovsky, A., & Sudom, K. (2011). Role of Hardiness in the Psychological Well-being of Canadian Forces Officer Candidates. *Military Medicine*, 176, 7-12.
- Wells A. (2017). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. The Guilford Press.
- Wells, A., Colbear, J.S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4); 373-381.
- Wenn, J., O'Connor, M., Breen, L.J., Kane, R.T., Rees, C.S. (2015). Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ*; 5(12), e007221. doi:10.1136/bmjopen-2014-007221
- Yasien, S., Naser, J. A., Shabeen, T. (2016). Relationship between psychological distress and resilience in rescue workers. *Saudi Medical Journal*, 37(7), 778-782.
- ولز، ا. (۱۳۹۲). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. ترجمه ش. محمدخانی. ویرای دانش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).
- Almutairi, I., Al-Rashdi, M., Almutairi, A. (2020). Prevalence and predictors of depression, anxiety and stress symptoms in paramedics at Saudi Red Crescent Authority. *Saudi Journal of Medicine & Sciences*, 8(2), 105-111
- Haleem, M., Masood, S., Aziz, M., Jami, H. (2017). Psychological capital and mental health of rescue workers. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 32(2), 429-447.
- Harme, K.V., EINARSEN, s.v., Hoprekstad, Ø.L., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Waage, S., Moen, B.E., Harriss, A. (2020). Accumulated long-term exposure to workplace bullying impairs psychological hardiness: A five-year longitudinal study among nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2587), 1-12.
- Jamal, Y. (2017). Coping Strategies as a Mediator of Hardiness and Stress among rescue workers. *Studies, on Ethno-Medicine*, 11(3), 116-128.
- Karimi, L., Mirjafari, A. (2017). Relationship between hardiness and metacognitions with ways of coping with stress among female high-school students, *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*, 4(08), 2479-2484.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Zola, M. (1983). Type A and Hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 41-51.
- Mao, X., Fung, O.W., Hu, X., Loke, A.Y. (2018). Psychological impacts of disaster on rescue workers: A review of the literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 27, 602-617.
- Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 263-282.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2015). Group metacognitive therapy for severe anti-