

# The Relationship between Metacognitive Beliefs and Practice Mindfulness and Acceptances and Commitment with General Health in Students

Received: 16 January 2016   Revised: 27 July 2016   Accepted: 29 August 2016

## ABSTRACT

Arefeh Monajem<sup>1\*</sup>  
Marzeh Sadat Ebrahimi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Phd in Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.

<sup>2</sup> MSc Student, Department of Psychology, Islamic azad university, Tehran, Iran.

**Background:** Due to the necessity of paying attention to the mental health of adolescents and students as the futures of the country, present study was implemented in order to predict public health based on metacognition beliefs and avoid emotional experiences.

**Materials and Methods:** A total of 300 persons (176 girls and 124 boys) were selected among the students in Qom PNU (Payame Noor University) by stratified random sampling method from three different colleges of the university and responded to the General Health Questionnaires (GHQ-28) and the short form of metacognition questionnaire (MCQ-30) and the acceptance questionnaire and second version commitment (AAQ-II) and Mindfulness questionnaire (FFMQ) that the data obtained was analyzed by using Pearson correlation coefficient in the step-wise regression.

**Results:** Regression analysis showed that predict general health based on metacognition beliefs and mindfulness and avoid emotional experiences, emotional experiences and metacognitive beliefs about avoiding significant among which may be more important to avoid emotional experiences in relation to public health students to discover other variables.

**Conclusion:** Metacognitive beliefs and avoiding emotional experiences and mind awareness are the effective factors in mental health and by changing metacognitive and experiential avoidance which increases negative thoughts maladaptive approaches or negative public beliefs raising public mindfulness, we can help to improve the students mental and public health.

**Keywords:** general health, metacognitive beliefs, mindfulness, acceptances and commitment, students.

---

**\*Corresponding Author:**  
Marzeh Sadat Ebrahimi  
Tel: (+98) 09127515901  
ebrahimi5901@gmail.com

# رابطه باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی و پذیرش و عمل با سلامت عمومی دانشجویان

تاریخ دریافت: ۲۶ دی ۱۳۹۴ | تاریخ اصلاح: ۷ مرداد ۱۳۹۵ | تاریخ پذیرش: ۹ شهریور ۱۳۹۵

**چکیده**

**مقدمه:** با توجه به ضرورت توجه به سلامت روان نوجوانان و دانشجویان به عنوان آینده‌سازان کشور، پژوهش حاضر به منظور پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس باورهای فراشناخت و اجتناب از تجارب هیجانی اجرا شد.

عارفه منجم<sup>۱</sup>مرضیه سادات ابراهیمی<sup>۲</sup>

**مواد و روش‌ها:** تعداد ۳۰۰ نفر (۱۷۶ دختر و ۱۲۴ پسر)، از بین دانشجویان دانشگاه پیام نور استان قم به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از بین سه دانشکده دانشگاه انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ-28) و فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30) و پرسشنامه پذیرش و تعهد نسخه دوم (AAQ-II) و پرسشنامه ذهن آگاهی (FFMQ) پاسخ دادند که داده‌های به دست آمده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در رگرسیون گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

(مری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران).

دانشجویی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که پیش‌بینی سلامت روانی دانشجویان بر اساس باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی و اجتناب از تجارب هیجانی، در مورد اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت معنادار است که در این میان می‌توان به اهمیت بیشتر اجتناب از تجارب هیجانی در رابطه با سلامت عمومی دانشجویان نسبت به سایر متغیرها پی‌برد.

**نتیجه‌گیری:** باورهای فراشناخت و اجتناب از تجارب هیجانی و ذهن آگاهی از عوامل موثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌ها و اجتناب تجربی که شیوه‌های ناسازگارانه تفکرات منفی را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند و بالا بردن ذهن آگاهی به بهبود سلامت روانی و عمومی دانشجویان کمک کرد.

**\*نویسنده مسئول:**

مرضیه سادات ابراهیمی

تلفن: +۹۸ ۹۱۲۷۵۱۵۹۰۱

پست الکترونیک:

ebrahimi5901@gmail.com

**کلید واژه‌ها:** سلامت عمومی، باورهای فراشناخت، اجتناب از تجارب هیجانی، ذهن آگاهی**مقدمه**

تحصیل دانشجویان شناخته شده است [۴ و ۳]. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامتی عبارت است از احساس آسایش و آرامش در جسم، روان، محیط [۵] و بهداشت روان باعث تأمین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی می‌شود [۶]. پژوهش‌هایی در زمینه سلامت عمومی و تیپ‌های شخصیتی انجام گرفته است که از آن جمله مطالعات [۷، ۸ و ۹] را می‌توان نام برد که همبستگی بین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و مولفه‌های تیپ شخصیتی را نشان دادند که این

دوران دانشجویی، دوره‌ای مهیج و پرچالش برای دانشجویان است [۱]. این افراد در آینده عهده‌دار تامین و ارتقای سطح سلامت جامعه خواهند بود [۲]، که باید از سلامت روانی و خوداتکایی بیشتری برخوردار باشند تا بتوانند به توفیق روزافزونی در تحصیل و در نهایت در حرفة خود دست یابند [۱]. میزان شیوع اختلالات سلامت عمومی در دانشجویان کشورهای پیشرفته ۱۰ تا ۱۲ درصد می‌باشد و به عنوان یکی از علامت‌های مهم اخراج، شکست تحصیلی و ترک

ذهن‌آگاهی و ارزش‌ها، تأثیر حساسیت به اضطراب را کاهش و کیفیت زندگی و سلامت عمومی را افزایش داده است [۲۰]. یکی دیگر از مولفه‌هایی که در سلامت عمومی و روانی دانشجویان دخیل می‌باشد، باورهای فراشناختی می‌باشد. فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگیرنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کنند [۲۱]. اغلب نظریه‌پردازان بین دو جنبه از فراشناخت یعنی باورهای فراشناخت و نظارت فراشناختی تمایز قائل شده‌اند [۲۱ و ۲۲]. دانش فراشناخت اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها بر آن‌ها اثر می‌گذارد. نظارت فراشناختی به دامنه‌ای از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاهای در عملکرد اشاره دارد [۲۱].

ظهور نظریه‌های شناختی در آسیب‌شناسی روانی به افزایش علاقه و ویژگی‌های شناخت و تنظیم آن منجر گردیده است. نظریه کنش اجرایی خود نظم بخش [۲۳] (S-REE) و [۲۴] اولین نظریه‌ای است که نقش فراشناخت را در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روانی مفهوم‌سازی کرده است. نتایج پژوهش‌هایی [۲۵] نشان داد که از میان مولفه‌های فراشناختی، اعتماد شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده برای پیامدهای روان‌شناختی است. همچنین برخی از بررسی‌ها نشان می‌دهند که یکی از عوامل تأثیرگذار در شیوه‌های مقابله‌ای افراد فراشناخت است [۲۷، ۲۶ و ۲۸]. نتایج تحقیق [۲۹] که به منظور بررسی افراد معتاد انجام شد، نشان داد که سوءصرف کنندگان مواد، باورهای فراشناختی مختل دارند. همچنین [۳۰] در پژوهشی بر روی افراد سوءاستفاده کننده از داروهای روان‌گردان نشان داد که رویدادهای ناخوشایند شناختی با سوءاستفاده از مصرف مواد ارتباط قوی دارد. در حالی که با رویدادهای خوشایند شناختی این رابطه ضعیف بود، سوءصرف داروهای روان‌گردان با ویژگی‌هایی از قبیل برانگیختگی، عصبانیت، استرس و اضطراب مرتبط بود [۳۱]. درمجموع بر اساس متون موجود چنین استنباط می‌شود که فراشناخت یک عامل کلی در آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی به شمار می‌رود [۳۲]. با وجود پژوهش‌های متعدد در مورد بررسی نقش فراشناخت و ذهن‌آگاهی در اختلالات روانی و سلامت عمومی پژوهش اندکی وجود دارد. همچنین تابه‌حال پژوهشی در رابطه با مؤلفه‌های فراشناخت و ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد در رابطه با سلامت عمومی انجام نشده

پژوهشگران اشاره کردند که افراد تیپ شخصیتی روان‌نژدی، از سلامت عمومی پایین‌تری برخوردار هستند [۱۰]. از جمله سازه‌های روان‌شناختی که تأثیرگذاری آن‌ها بر کیفیت زندگی در تحقیقات متعددی مورد تایید قرار گرفته است، سازه‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی می‌باشند [۱۱]، که تحقیقات نشان دادند که تکنیک ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان باعث افزایش توانمندی افراد در سازش با انواع موقعیت‌های تنفس‌زا و پرچالش، مدیریت موثرتر چنین موقعیت‌هایی و همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس و رضایت از زندگی می‌گردد [۱۲]. یکی از نوآوری‌ها در درمان روان‌شناختی، تلقین سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه ذهن‌آگاهی با رفتار درمانی شناختی سنتی می‌باشد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند. در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست‌مدرن معروف هستند. عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. که در این درمان‌ها فنون شناختی رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی ترکیب می‌کنند [۱۳]. روش ذهن‌آگاهی به دلیل توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای طرد، اثربخشی درمان و جلوگیری از لغزش بیمار را بالا ببرد [۱۴]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن‌آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که به پذیرش احساسات و هیجانات خود تاکید داشته و از اجتناب تجربی خودداری کرده و در لحظه حال و اکنون زندگی کنند [۱۵]. تحقیقاتی در مورد اثربخشی این دو شیوه درمانی بر میزان ولع مصرف مواد و تنظیم شناختی هیجانی انجام شده است که نتایج نشان داده است که دو شیوه درمانی پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی در شدت ولع مصرف مواد تأثیرگذار بوده است [۱۶]. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که روش‌های درمانی مانند پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن در تلفیق با فنون رفتار درمانی – شناختی، اثر بخشی درمان‌ها را افزایش می‌دهند. از زمان ظهور و گسترش درمان پذیرش و تعهد [۱۷] ادبیات پژوهشی درد مزمن شاهد روز افزون پژوهشگران از این درمان است [۱۸]. پژوهش‌هایی [۱۹] نشان داد که حساسیت به اضطراب، بیشتر از متغیرهای دیگر با درد، ناتوانی و استرس رابطه دارد و مداخله درمانی با استفاده همزمان از سه متغیر درمانی پذیرش،

است، لذا پژوهش حاضر به رابطه فراشناخت و ذهن‌آگاهی و پذیرش و عمل با سلامت عمومی دانشجویان پرداخته است.

## مواد و روش‌ها

هفت، ۱۰، ۱۹، ۲۳ و ۲۸ باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی که روی غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی‌ها تأکید می‌کنند، با سؤالات دو، چهار، نه، ۱۱، ۱۵ و ۲۱ کارآمدی شناختی پایین با سؤالات هشت، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶ و ۲۹ باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار، شامل موضوعات خرافه، تنبیه، مستولیت و نیاز به کنترل افکار با سؤالات شش، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵ و ۲۷ و خودآگاهی شناختی نیز با سؤالات سه، پنج، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۳۰ مورد سنجش قرار می‌گیرد [۳۶]. دامنه ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن بین ۰.۷۲ تا ۰.۹۲ شده است [۳۷].

### پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم (AAQ-II)

این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است (AAQ-I) که به وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیش‌تر است. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰.۸۴ (۰.۷۸-۰.۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰.۸۱ و ۰.۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی اش است. این ابزار همچنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می‌گیرد، اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد [۳۸].

ابتدا نسخه خارجی پرسشنامه پذیرش و عمل به وسیله پژوهشگر و یک نفر از اساتید روانشناسی بالینی آشنا به سازه اجتناب تجربی و مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. سپس، نسخه فارسی به وسیله یکی از دانشجویان کارشناسی ارشد زبان انگلیسی به انگلیسی ترجمه شد. سپس دو نسخه انگلیسی و نسخه ترجمه برگردان شده مورد مقایسه قرار گرفتند و در مرحله بعد، از ۵ نفر اساتید روانشناسی بالینی دانشگاه تهران خواسته شد تا روایی محتوایی پرسشنامه را بررسی کنند. سپس ۴۰ نفر از دانشجویان

روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی است که به روش خوشبای بر روی دانشجویان شهرستان قم در سال ۱۳۹۴ انجام شد. از این جامعه ۳۰۰ نفر که (۱۷۶ نفر دانشجوی زن و ۱۲۴ نفر دانشجوی مرد) با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شد که بعد از بیان هدف پژوهش و جلب همکاری دانشجویان، پرسشنامه‌ها در میان آنان توزیع گردید و پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده، توسط نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. در پژوهش حاضر از سه مقیاس برای سنجش استفاده شد.

### پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال و چهار مقیاس فرعی است. مقیاس‌های فرعی پرسشنامه عبارت‌اند از: نشانگان جسمانی، نشانگان اضطراب و بی‌خوابی، نشانگان اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار مقیاس فرعی به دست می‌آید. نوع سؤالات چهارگزینه‌ای بوده و شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس لیکرت است و گزینه‌ها به صورت صفر، یک، دو، سه نمره‌گذاری می‌شوند. امتیاز صفر تا ۲۷ نشانه سلامت عمومی مطلوب، ۲۸ تا ۵۵ نشانه سلامت عمومی متوسط، ۵۶ تا ۸۴ نشانه سلامت عمومی در حد نامطلوب است [۳۳]. در مطالعه پالاهنگ و همکاران در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی ضریب پایایی پرسشنامه (با روش کارآزمایی) ۰.۹۱ بوده است [۳۴]. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، از آزمون‌های آماری خی دو، تحلیل واریانس یک عاملی و تحلیل رگرسیون چندگانه بر روی نرم افزار SPSS-16 استفاده شد.

### فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30)

این پرسشنامه که توسط [۳۵] ساخته شده، ۳۰ آیتم دارد و پنج مؤلفه را می‌سنجد که عبارت‌اند از: اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی در مورد نیاز به کنترل فکر. سؤالات بر روی مقیاس لیکرت از موافق نیستم (۱) تا کاملاً موافق (۴) پاسخ داده می‌شود. باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی با سؤالات یک،

بررسی‌ها همبستگی مثبت بین ذهن‌آگاهی، گشودگی و هوش هیجانی و همبستگی منفی بین ذهن‌آگاهی آنکسی‌تایمی، تجزیه، نشانه‌های روان‌شناختی، روان‌رنجورخویی و سرکوب فکر را نشان داد. آن‌ها با انجام تحلیل رگرسیون به این نتیجه رسیدند که می‌توان نشانه‌های روان‌شناختی را از طریق جنبه‌های ذهن‌آگاهی پیش‌بینی کرد. همچنین آن‌ها به بررسی اعتبار سازه پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی در دو گروه با تجربه مدیتیشن و بدون تجربه مدیتیشن پرداختند.

#### یافته‌ها

در پژوهش حاضر دامنه سنی دانشجویان میان ۱۸ تا ۵۲ سال، به تعداد ۱۷۶ نفر دختر (۵۸.۶٪) درصد، ۱۲۴ نفر پسر (۴۱.۳٪) درصد)، ۷۸.۰ درصد لیسانس ۲۳۴ نفر، ۲۱.۹٪ درصد فوق‌لیسانس ۶۶ نفر از سه دانشکده علوم انسانی، فنی مهندسی و علوم پایه نمونه آماری را تشکیل دادند. از کل افراد نمونه ۳۹.۳٪ درصد متاهل و ۳۳.۷٪ درصد

**جدول ۱:** میانگین و انحراف معیار مربوط به نمرات متغیرهای مورد

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
باورهای فراشناخت	۴۷.۸۶	۵.۰۱
پذیرش و عمل	۳۹.۷۲	۴.۶۶
ذهن‌آگاهی	۱۰۷.۳۵	۵.۱۲
سلامت عمومی	۴۴.۳۳	۴.۶۵

شاغل بودند (جدول ۱). همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود باورهای فراشناخت و اجتناب از تجارت هیجانی با سلامت عمومی همبستگی مثبت و بین ذهن‌آگاهی با سلامت عمومی همبستگی منفی معناداری وجود دارد ( $p=0.33$ ،  $t=-0.25$ ) و ( $p=0.0001$ ،  $t=-0.25$ ).

**جدول ۲:** خلاصه نتایج ضریب همبستگی پیرسون مربوط به باورهای فراشناخت و اجتناب از هیجان و ذهن‌آگاهی با سلامت عمومی

سلامت عمومی		
متغیرها	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
باورهای فراشناخت	۰.۳۳	۰.۰۰۰۱
ذهن‌آگاهی	-۰.۲۵	۰.۰۰۰۱
اجتناب از تجارت	۰.۴۶**	۰.۰۰۰۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۳۰ نفر از افراد ساکن شهر تهران پرسشنامه را کامل کردند و از آن‌ها خواسته شد که جمله‌های مبهم نارسا را مشخص کنند و پیشنهادهای خود را بنویسند. طبق پیشنهادها و مشکلاتی که در پرسشنامه در این مرحله مطرح شده بود، اصلاحات لازم صورت گرفت و نسخه نهایی آن آماده شد. در مرحله بعد، دانشجویان، جمعیت عمومی و جمعیت بالینی به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. به منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. مقادیر KMO، ۰.۸۰ به دست آمد. این میزان نشان‌دهنده آن است که ماتریکس همبستگی ماده‌های پرسشنامه برای اجرای تحلیل مناسب است. همچنین میزان بارلت ۱۷۸.۵۳۷ به دست آمد که از لحاظ آماری معنی‌دار بود ( $p<0.001$ ). تحلیل عامل اکتشافی به روش چرخش واریماکس ۲ عامل برای پرسشنامه پذیرش و عمل را شناسایی کرد. پس از بررسی محتوای عوامل به دست آمد، این عوامل‌ها به ترتیب اجتناب از تجارت هیجانی و کنترل روی زندگی نام‌گذاری شدند. ارزش ویژه عوامل استخراج شده به ترتیب ۰.۴۳۸ و ۰.۱۵ بود و این عوامل‌ها در مجموع ۵۸.۹٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. شایان ذکر است که ملاک انتخاب هر عامل بار عاملی دست کم ۰.۳ بود.

#### پرسشنامه ذهن‌آگاهی (FFMQ):

مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه ذهن‌آگاهی فریرگ [۳۹]، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن‌آگاه [۴۰]، مقیاس ذهن‌آگاهی کنچوکی [۴۱]، مقیاس تجدیدنظر شده ذهن‌آگاهی شناختی و عاطفی [۴۲] و پرسشنامه ذهن‌آگاهی سوتامپتون [۴۳]، با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. همسانی درونی عامل‌های پرسشنامه خوب بوده است و ضریب الfa برای غیر واکنشی بودن ۰.۷۵، توصیف ۰.۹۱، مشاهده ۰.۸۳، عمل با هوشیاری ۰.۸۷ و غیر قضاوی ۰.۸۷ محاسبه گردیده است [۴۴]. همبستگی بین عامل‌ها متوسط بود، هرچند به طور آماری معنادار بود و در طیفی بین ۰.۱۰ تا ۰.۳۴ قرار داشت [۴۵]. بائر و همکاران در ۲۰۰۶ برای بررسی اعتبار سازه و همزمان پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی را با سازه‌هایی نظری هوش هیجانی، گشودگی، بروونگرایی، روان‌رنجورخویی، نشانه‌های روان‌شناختی، سرکوب فکر، اشکال در تنظیم هیجان، آنکسی‌تایمی، اجتناب تجربی سنجیدند. نتایج

$$Y = a + b_1 X_1$$

$$Y = +40.69 + 0.11 (X_1)$$

باورهای فراشناخت = ( $X_1$ ) ، سلامت عمومی دانشجویان =  $Y$   
برمبنای رابطه بالا، به ازای هر واحد که به باورهای فراشناخت اضافه شود، میزان ۰.۱۱ به سلامت عمومی دانشجویان افزوده خواهد شد.  
برای تعیین قدرت تأثیر و پیش‌بینی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره میان مولفه باورهای فراشناخت به عنوان متغیر مستقل (پیش‌بین) و سلامت عمومی دانشجویان به عنوان متغیر وابسته (ملاک)، با روش

جهت بررسی معناداری پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس باورهای فراشناخت و اجتناب از هیجان و مولفه‌های ذهن‌آگاهی از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۲ ارائه گردیده است.

همچنان که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، پیش‌بینی باورهای فراشناخت دانشجویان بر اساس سلامت عمومی معنادار است

جدول ۳: نتایج رگرسیون گام‌به‌گام نمره سلامت عمومی بر اساس مولفه‌های فراشناخت و اجتناب از تجارب هیجان

شاخص‌ها							متغیر پیش‌بین	مدل
R <sup>2</sup>	R	P	F	Ms	df	SS		
0.11	0.331	0.0001	36.57	1923.77	1	1923.70	رگرسیون	باورهای فراشناخت
				52.61	298	15677.6	باقیمانده	
0.41	0.64	0.0001	207.41	7223.14	1	7223.14	رگرسیون	اجتناب از تجارب هیجانی
				34.83	298	10378.23	باقیمانده	
0.62	0.25	0.0001	19.79	1096.2	1	1096.2	رگرسیون	ذهن‌آگاهی
				55.39	298	1650.517	باقیمانده	
0.44	0.662	0.0001	116.12	3861.8	2	7723.60	رگرسیون	اجتناب از تجارب هیجانی
				33.26	297	9877.77	باقیمانده	
0.44	0.662	0.0001	116.12	3861.802	1	7723.604	رگرسیون	باورهای فراشناخت
				3861.802	1	7723.604	باقیمانده	

گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج جدول ۲) ارائه گردیده است. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۳ نشان می‌دهد که پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان بر اساس مولفه اجتناب از تجارب هیجانی، ( $F=207.41$ ,  $p \leq 0.0001$ ) معنادار است.

همچنین ضریب تعیین  $R^2$  نشان می‌دهد که ۴۱ درصد واریانس سلامت عمومی دانشجویان مربوط به مولفه اجتناب از تجارب هیجانی ( $R^2=0.41$ ,  $R=0.64$ ، و  $59$  درصد به عوامل خارج از مدل مذکور مربوط می‌شود).

ضریب تأثیر ذهن‌آگاهی ( $B=0.93$ ) است؛ لذا در مقایسه این ضرایب می‌توان به اهمیت اجتناب از تجارب هیجانی در پیش‌بینی تغییرات سلامت عمومی دانشجویان نسبت به سایر متغیرها پی برد.

( $F=36.57$ ,  $p \leq 0.0001$ ). باورهای فراشناخت در مجموع ۱۱ درصد از میزان سلامت عمومی دانشجویان را پیش‌بینی می‌کنند ( $R^2=0.11$ ). بنابراین با توجه به این یافته‌ها باورهای فراشناخت، سلامت عمومی آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند. همچنین ضریب تعیین  $R^2$  نشان می‌دهد که ۱۱ درصد واریانس سلامت عمومی دانشجویان مربوط به باورهای فراشناخت ( $R^2=0.11$ ، و  $89$  درصد به عوامل خارج از مدل مذکور مربوط می‌شود. ضریب تأثیر باورهای فراشناخت ( $B=0.33$ ) است؛ بنابراین با توجه به این یافته‌ها باورهای فراشناخت، سلامت عمومی آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین برآش معادله رگرسیون سلامت عمومی دانشجویان با توجه به متغیر پیش‌بین به شرح زیر است:

می‌توان به اهمیت بیشتر اجتناب از تجارب هیجانی در پیش‌بینی تغییرات سلامت عمومی دانشجویان نسبت به سایر متغیرها پی برد. برمنای رابطه بالا، به ازای هر واحد که به اجتناب از تجارب هیجانی دانشجویان اضافه شود، میزان  $^{11} .0$  به سلامت عمومی دانشجویان افزوده و همچنین به ازای هر واحد که به باورهای فراشناخت اضافه شود میزان  $^{11} .0$  به سلامت عمومی دانشجویان افزوده خواهد شد. برای تعیین قدرت تأثیر و پیش‌بینی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره میان اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت به عنوان متغیرهای مستقل (پیش‌بین) و سلامت عمومی دانشجویان به عنوان

بنابراین برآش معادله رگرسیون سلامت عمومی دانشجویان با توجه به متغیر پیش‌بین به شرح زیر است:

$$\begin{aligned} Y &= a + b_1 X_1 \\ Y &= 28.07 + 0.41 (X_1) \end{aligned}$$

اجتناب از تجارب هیجانی ( $X_1$ ) سلامت عمومی دانشجویان برمنای رابطه بالا، به ازای هر واحد که به اجتناب از تجارب هیجانی دانشجویان اضافه شود، به میزان  $^{11} .0$  به سلامت عمومی دانشجویان افزوده خواهد شد. برای تعیین قدرت تأثیر و پیش‌بینی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره میان مولفه اجتناب از تجارب هیجانی به عنوان متغیر مستقل (پیش‌بین) و سلامت عمومی دانشجویان

**جدول ۴:** ضرایب رگرسیون گام‌به‌گام میزان سلامت عمومی بر اساس باورهای فراشناخت و اجتناب از تجارب هیجانی و ذهن آگاهی

متغیر	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	t	سطح معناداری
مقدار ثابت	۲۳.۹۸۳	۱.۹۴۳		۱۲.۴۵	.۰۰۰۱
اجتناب از تجارب هیجانی	.۰۶۵	.۰۶۵	.۵۹۵	۱۳.۲۱	.۰۰۰۱
باورهای فراشناخت	.۰۱۱	.۰۰۲۸	.۱۷۵	۳.۸۸	.۰۰۰۱

متغیر وابسته (ملاک)، با روش گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج جداول ۳ و ۴ ارائه گردیده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که قبلاً گفته شد هدف از پژوهش حاضر رابطه باورهای فراشناخت و ذهن‌آگاهی و پذیرش و عمل با سلامت عمومی دانشجویان می‌باشد. که یافته‌ها نشان دادند که باورهای فراشناخت با سلامت عمومی همبستگی مثبت معنادار دارد که نتایج تحقیق نشان داد که باورهای فراشناخت سلامت عمومی دانشجویان را پیش‌بینی می‌کند. به این صورت که با افزایش نمره فرد در مقیاس کلی باورهای فراشناختی نمره کلی وی در (GHQ) نیز افزایش یافت که این افزایش (GHQ) بیانگر وضعیت سلامت عمومی بدتر بود. که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های [۴۹-۴۶] همسو می‌باشد که در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، باورهای فراشناختی به خصوص باورهای منفی مرتبط با کنترل ناپذیری و نیاز به مهار افکار بهترین پیش‌بینی کننده بر افسردگی، اضطراب و استرس هستند.

همچنین نتایج پژوهش [۵۰] نشان داد که باورهای فراشناختی با نمرات سلامت روانی همبستگی مثبت دارد. به عبارت دیگر از آنجایی که نمرات بالا در پرسشنامه سلامت روانی نشانگر نمره بالا

به عنوان متغیر وابسته (ملاک)، با روش گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج (جدول ۳) ارائه گردیده است. برمنای رابطه بالا، به ازای هر واحد که از ذهن آگاهی دانشجویان کم شود، به میزان  $^{11} .0$  به سلامت عمومی دانشجویان افزوده خواهد شد. برای تعیین قدرت تأثیر و پیش‌بینی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره میان مولفه ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل (پیش‌بین) و سلامت عمومی دانشجویان به عنوان متغیر وابسته (ملاک)، با روش گام به گام استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه گردیده است.

نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۳ نشان می‌دهد که پیش‌بینی سلامت روانی دانشجویان بر اساس باورهای فراشناخت و ذهن‌آگاهی و اجتناب از تجارب هیجانی، در مورد اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت معنادار است ( $p \leq 0.0001$ ,  $F = 201.41$ ). همچنین ضریب تعیین  $R^2$  نشان می‌دهد ۴۱ درصد واریانس سلامت عمومی دانشجویان مربوط به اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت ( $R^2 = 46.00$ ) و ۵۶ درصد به عوامل خارج از مدل مذکور مربوط می‌شود.

ضریب تأثیر اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت به ترتیب ( $B = 0.11$  و  $B = 0.86$ ) است؛ لذا در مقایسه این ضرایب

روانی، موج سوم با تأکید بر فرآیندهای هیجانی و البته هم چنان با لحاظ داشتن فرآیندهای فکری و رفتاری شکل گرفت. از جمله درمان‌هایی که در موج سوم مطرح می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است [۶۵]. از منظر این رویکرد، یکی از عوامل اصلی آسیب‌شناسی در اختلالات هیجانی نحوه ارتباط فرد با افکار، هیجان‌ها و رفتارهایش است [۶۶]. در این نظریه، اجتناب تجربی به عنوان عامل مهمی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود. اجتناب تجربی به ارزیابی منفی افرادی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها اطلاق می‌شود [۶۶].

نتایج این تحقیق نشان داد که پیش‌بینی سلامتی عمومی دانشجویان بر اساس مولفه‌های اجتناب از تجارت هیجانی معنادار است و این رابطه مثبت می‌باشد، بهطوری که به ازای هر واحد که به اجتناب از تجربه‌های هیجانی دانشجویان اضافه شود، به میزان ۰.۴۱ به سلامت عمومی دانشجویان اضافه می‌شود که نتایج این تحقیق با پژوهش [۶۷] همسو هست که بیان می‌دارد اجتناب از تجارت، انجام ندادن رفتارهای خاصی را دامن می‌زند که فرد از آن‌ها می‌ترسد و این خود، زندگی فرد را محدودتر می‌کند و علاوه اختلال را نگه می‌دارد. همچنین نتایج این تحقیق همسو با تحقیق [۶۸] است که بیان می‌دارد افرادی که پذیرش و تعهد درمانی دریافت کرده بودند افسردگی کمتری داشتند. همچنین در تحقیق [۶۹] افرادی را که در مرحله آخر سرطان بودند در دو گروه پذیرش و تعهد درمانی و درمان‌شناختی- رفتاری هم‌زمان با شیمی‌درمانی مورد مقایسه قرار دادند، این محققان گزارش نمودند که بیماران در گروه درمان پذیرش و تعهد کاهش چشمگیری در اضطراب، افسردگی، اندوه و پریشانی نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری نشان دادند. هایز (۲۰۰۴) معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آنکه روی بروط‌سازی و حذف عوامل آسیبزا تمرکز نماید به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را پذیرنده و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان گردیده است، خلاص می‌نماید و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند [۷۰]. همچنین این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناخت و ذهن‌آگاهی و اجتناب از تجارت هیجان (یکی از مولفه‌های پذیرش و عمل) سلامت عمومی را پیش‌بینی

در آسیب‌شناسی روانی است. نتایج اشاره دارند که افزایش در آسیب‌شناسی روانی با تعداد باورهای فراشناختی منفی بیشتر مرتبط است. و باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر با آسیب‌شناسی و افکار و سوسای رابطه دارد [۴۸]. که در حقیقت این فرآیندها باعث می‌شوند که افراد تهدیدهای محیطی را بیشتر برآورد کرده و توانایی مقابله خود را ناچیز تلقی کنند که نتیجه آن تداوم اختلالات روانی و در نتیجه آسیب به سلامت عمومی می‌باشد [۵۱]. همچنین این پژوهش نشان داد که بین ذهن‌آگاهی با سلامت عمومی هم‌ستگی منفی معناداری وجود دارد. به طوری که به ازای هر واحد که از ذهن‌آگاهی دانشجویان کم شود، به سلامت عمومی دانشجویان افزوده خواهد شد. که این یافته‌ها با پژوهش‌های داخلی و خارجی از جمله با پژوهش‌های [۱۲ و ۵۲-۵۶] همسو می‌باشد. این تحقیقات نشان دادند آموزش ذهن‌آگاهی بر سلامت عمومی تأثیر مثبت دارد. زیرا همان‌گونه که قبلاً بیان شد، ذهن‌آگاهی اشاره به حضور ذهن در کلیه اتفاقات و حوادث بیرونی و درونی بدن در لحظه حال دارد. بنابراین افراد برخوردار از ذهن‌آگاهی رویدادها و شرایط زندگی را به شکل واقع‌بینانه مشاهده و بدون نیاز به انکار واقعیت‌های تلخ و ناخوشایند، با اعتماد به نفس و امیدواری در جهت انجام اصلاحات و تغییرات لازم و ضروری اقدام می‌کنند که این خود ارتقاء‌دهنده سلامت روان و عمومی فردی می‌باشد [۱۱]. اهمیت مفهوم ذهن‌آگاهی در گستره بالینی و کارآمدی آن در کاهش اضطراب و افسردگی و سایر نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی بوده است [۵۷].

بر اساس یافته‌های مولفان، سه ویژگی روان رنجورخوبی، وجودان‌مندی و عاطفه منفی ارتباط قابل قبول با ذهن‌آگاهی دارد. همچنین تأثیر ذهن‌آگاهی در حوزه‌های مختلف از جمله افزایش هوشیاری، هیجانات مثبت، پذیرش خود [۵۸]، بهزیستی روان‌شناختی [۵۹]، کاهش تنبیدگی [۶۰]، کاهش احساس دردهای مزمن، کاهش احتمال عود افسردگی [۶۱]، کاهش استرس [۶۲] مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین یافته‌های [۶۳ و ۶۴] نیز با نتایج این تحقیق هماهنگ است که بیان می‌دارند همبستگی منفی بین اضطراب و افسردگی و ذهن‌آگاهی وجود دارد. از دیگر مولفه‌های تأثیرگذار بر سلامت عمومی و روانی پذیرش و عمل می‌باشد. به دنبال اثربخشی نابستنده درمان‌های موج اول و دوم (درمان‌های رفتاری، روان‌کاوی، شناختی رفتاری کلاسیک و غیره) در درمان بسیاری از اختلالات

5. Amirshahi M. Role of management in improvement of administrative health. Tehran: Iranian training center and industrial researches. 2008; 16. [Persian]
6. Bolhari J. Mental health: for health worker. 3th ed. Tehran: Boshra; 2007: [Persian]
7. Sharma M, Kaveri SN, Yadava A. Personality factors as correlates of Health among Adults. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 2010; 36(2):328-33.
8. Narumoto J, Nakamura K, Kitabayashi Y, Shibata K, Nakamae T, Fukui K. Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. Psychiatry and clinical neurosciences. 2008; 62(2):174-6.
9. Shafiei H, Javidi H, Kazemi S. Comparison between personality traits and health care in women and men with heart and kidney disease. Quarterly journal of sociology of women. 2011; 2(2):149-62.[Persian]
10. Bakhshayesh AR. The relationship between personality types and general health with job satisfaction of Yazd Health Center staffs. Journal of Payavard salamat. 2013; 7(1):42-55. [Persian]
11. Pakizeh A. Investigation of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation on general health among yasoyj high school female students. Educational development of jundishapur. 2015; 6(2):158-64.[Persian]
12. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical psychology: science and practice. 2003; 10(2):125-43.
13. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006; 44(1):1-25.
14. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. Journal of cognitive psychotherapy. 2005; 19(3):211-28.
15. Smout M. Psychotherapy for Methamphetamine Dependence. Drug and alcohol services South Australia 2008; 429.
16. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. Research on addiction. 2013; 6(24):27-36.[Persian]
17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change: Guilford Press; 1999.
18. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. Pain research and management. 2002; 7(1): 45-50.

می‌کند. که نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که پیش‌بینی سلامت روانی دانشجویان بر اساس باورهای فراشناخت و ذهن‌آگاهی و اجتناب از تجارب هیجانی، در مورد اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت معنادار است. مقایسه اجتناب از تجارب هیجانی در پیش‌بینی تغییرات سلامت عمومی نسبت به سایر متغیرها اهمیت بیشتری دارد. به طوری که به ازای هر واحد که به اجتناب از تجارب هیجانی دانشجویان اضافه می‌شود، ۰.۱۱ به سلامت عمومی دانشجویان افزوده شده و همچنین به ازای هر واحد که به باورهای فراشناخت اضافه می‌شود، میزان ۰.۸۶ به سلامت عمومی دانشجویان افزوده می‌شود. محدود بودن این پژوهش به دانشجویان از جمله محدودیت‌های این پژوهش هست. بنابراین اجرای تحقیقات مشابه به سایر افراد جامعه و روی سایر سازه‌های روان‌شناسی و نیز اجرای آزمون‌های پی‌گیری می‌تواند اطلاعات شفاف‌تری در خصوص پیش‌بینی سلامت عمومی براساس باورهای فراشناخت و اجتناب از تجارب هیجانی به‌ویژه تأثیر درازمدت آن‌ها ارائه کند.

## تشکر و قدردانی

همین‌جا دارد از حمایت‌های استاد عزیز دکتر عارفه منجم و تمامی دوستان و دانشجویانی که ما را در این تحقیق همراهی کردند تشکر و قدردانی نماییم.

## منابع

1. Zare N, Daneshpajoh F, Amini M, Razeghi M, Fallahzadeh M. The relationship between self-esteem, general health and academic achievement in students of Shiraz University of Medical Sciences. J Med Educ. 2007; 7(1):59-67. [Persian]
2. Ansari H, Bahrami L, Akbar ZL, Bakshani N. Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan. Journal of research in medical sciences (Tabib-E-Shargh). 2008; 9(4):295-304. [Persian]
3. Zeighami M, Pour Bahaadini Zarandi N. The relationship between academic achievement and student's general health and coping styles: a study on nursing, midwifery and health students of Islamic Azad University – Kerman branch. Strides in development of medical education. 2011; 8(1):41-8. [Persian]
4. Imani E , Khademi Z , Soudagar S, Naghizadeh F. Health status of nursing students of Hormozgan University of Medical Sciences by Goldberg's general health questionnaire - 2011. Hormozgan medical journal. 2013; 17(4):357-64. [Persian]

34. Yaghubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental disorders in urban and rural areas of Sowmaesara-Gillan. IJPCP. 1995; 1 (4):55-60 [Persian]
35. Wells A, Certwright-Hatton S. A short form of metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004; 42(4):385-96.
36. Narimani M, Abolghasemi A. Psychological tests, 1st ed. Ardabil: Baghe Rezvan, 2005: 85-93.[Persian]
37. Mikaeeli N, Pakpoor F, Ganji M. A comparison of meta-cognitive beliefs of normal and talented students. J Sch Psychol. 2012; 1(2): 114-134. [Persian]
38. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy. 2011; 42(4):676-88.
39. Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). Personality and individual differences. 2006; 40(8):1543-55.
40. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 2003; 84(4):822.
41. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. Assessment. 2004; 11(3):191-206.
42. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J-P. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2007; 29(3):177.
43. Chadwick P, Hember M, Symes J, Peters E, Kuipers E, Dagnan D. Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). British Journal of Clinical Psychology. 2008; 47(4):451-5.
44. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment. 2006; 13(1):27-45.
45. Neuser NJ. Examining the factors of mindfulness: A confirmatory factor analysis of the five facet mindfulness questionnaire. 2010.
46. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Ireson J. Metacognition as a mediator of the effect of test anxiety on a surface approach to studying. Educational Psychology. 2006; 26(5):615-24.
47. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. Behaviour research and therapy. 1998; 36(9):899-913.
19. Keogh E, Book K, Thomas J, Giddins G, Eccleston C. Predicting pain and disability in patients with hand fractures: comparing pain anxiety, anxiety sensitivity and pain catastrophizing. European journal of pain. 2010; 14(4): 446-51.
20. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. the effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. Journal of Isfahan med school. 2014; 32(259): 1-10 .Persian]
21. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 1" ed. Chichester: Wiley and sons; 2000: 14-54.
22. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. Am Psychol 1979; 34: 906-11.
23. Davies S. Attention and Emotion: A clinical perspective Adrian wells and Gerald Matthews. Hove, Sussex: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.267.
24. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behaviour research and therapy. 1996; 34(11):881-8.
25. Abolqasmy A, Ahmadi A M, Kiyomarsi A. The relationship of metacognition and perfectionism with psychological consequences in the addicts. Journal of research in behavioural sciences 5 (2), 73-79. [Persian]
26. Ellis DM, Hudson JL. The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. Clinical child and family psychology review. 2010; 13(2):151-63.
27. Hudlicka E, editor modeling interactions between metacognition and emotion in a cognitive architecture. AAAI spring symposium: Metacognition in computation; 2005.
28. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford press; 2009.
29. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change. New York: Guilford. 1985.
30. Toneatto T. Metacognition and substance use. Addictive behaviors. 1999; 24(2): 167-74.
31. Aloliloah-Gh K, Abolghasemi A, Zahed A. The relationship of mindfulness skills and metacognitive beliefs with interpersonal reactivity of substance abusers. Journal of clinical psychology. 2015; 6 (3):33-41. [Persian]
32. Ashoori A, Vakili y, Saad B-S, noeye Z. Metacognition and public health students. Journal of ment health. 2009; 11 (41): 20-15. [Persian]
33. Noorbala AA, Bagheri Yazdi S.A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M.R. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran – Iran. Iranian journal of psychiatryand clinical psychology. Winter 2011; 16(4):479-83. [Persian]

59. Howell AJ, Digdon NL, Buro K. Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2010; 48(4):419-24.
60. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*. 2005; 30(7):1335-41.
61. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: Guilford Press; 2012.
62. Kabat-Zinn J, Hanh TN. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*: Delta; 2009.
63. Lattimore P, Fisher N, Malinowski P. A cross-sectional investigation of trait disinhibition and its association with mindfulness and impulsivity. *Appetite*. 2011; 56(2):241-8.
64. Walsh JJ, Balint MG, SJ DRS, Fredericksen LK, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46(2):94-9.
65. Twohig MP. *Acceptance and commitment therapy: Introduction*: Elsevier; 2012.
66. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire -II. *Journal of psychology methods and models*. 2013; 2(10): 65-80. [Persian]
67. Zargar F, Mohammadi A, Omidi A, Bagherian-Saroudi R. The third wave of behavior therapy with emphasis on acceptance-based behavior therapy. *J Res Behav Sci*. 2013; 10(5):383-90. [Persian]
68. Petersen CL. Treatment of comorbid depression and alcohol use disorders in an inpatient setting: Comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual: Wichita State University; 2007.
69. Branstetter A, Wilson K, Hildebrandt M, Mutch D. Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. *Association for Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans. 2004; 35,732-748.
70. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*. 2004; 54(4):553-578.
48. Atadokht A, Porzoor P, Basharpoor S, Moazedi K. Role of Meta-Cognitive Beliefs in Predicting General Health of Quran Memorizers and Nonmemorizers. *Journal of Health*. 2015; 5(4):300-9.
49. Pournamdarian S, Birashk B, Asgharnejad Farid A. The clarification of contribution of metacognitive beliefs in explaining the symptoms of depression, anxiety and stress in nurses. *J knowled Res App Psychol*. 2012; 13(3):86-94. [Persian]
50. Mohammad-Amini Z. Investigating the relationship between metacognition beliefs with mental health and academic achievement in male students of the city of Oshnaviyeh. *Journal of Educational Innovations*. 2007; 19(6): 154-141. [Persian]
51. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Pers Indiv Diff* 2008; 44(5): 1172-81.
52. Jalalvand, M. An Investigation into the effectiveness of mindfulness and emotion regulation on the general health of dialysis patients. MA Thesis in Clinical Psychology, Islamic Azad University of Boushehr.2013. [Persian]
53. Kaviani A, Hatami N, ShafieAbadi A. The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people.2009; 10 (4): 39- 48. [Persian]
54. Nejati V, Amini R, ZabihZadeh A, Masoumi M, Maleki G, Shoaie, F . Mindfulness as effective factor in quality of life of blind veterans. *Journal of Tebe-e-janbaz*, 2011; 3(11) 1-7. [Persian].
55. Brown K, Ryan R, Creswell, J. Addressing fundamental question about mindfulness. *Psychol Inq*, 2007; 18(48): 272-281.
56. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine*. 2008; 31(1):23-33.
57. Siegel R, Germer C, Olendzki A. *Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From?* In: Didonna F, editor. *Clinical Handbook of Mindfulness*: Springer New York; 2009.
58. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and individual differences*. 2010; 49(6):645-50.

