Journal of Police Medicine

Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 31-42

Original Article

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

Arefeh Monajem[1*]
Marzeh Sadat Ebrahimi[2]

[1] Phd in Psycology, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.

[2] MSc Student, Department of Psychology, Islamic azad university, Tehran, Iran.

ABSTRACT

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

بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۴۲-۳۱

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

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 به‌عنوان آینده‌سازان کشور، پژوهش حاضر به‌منظور پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس باورهای فراشناخت و اجتناب از تجارب هیجانی اجرا شد.

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 به‌دست‌آمده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در رگرسیون گام‌به‌گام مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: 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 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.

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

عارفه منجم[۱*]

مرضیه سادات ابراهیمی[۲]

[۱]مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

[۲]دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

[*]نویسنده مسئول:

مرضیه سادات ابراهیمی

تلفن: ۰۹۱۲۷۵۱۵۹۰۱ (۹۸+)

پست الکترونیک:

ebrahimi5901@gmail.com

مقدمه

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 حرفه خود دست یابند [۱]. میزان شیوع اختلالات سلامت عمومی در دانشجویان کشورهای پیشرفته ۱۰ تا ۱۲ درصد می‌باشد و به‌عنوان یکی از علامت‌های مهم اخراج، شکست تحصیلی و ترک 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

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 31-42

پژوهشگران اشاره کردند که افراد تیپ شخصیتی روان‌نژدی، از سلامت عمومی پایین‌تری برخوردار هستند [۱۰]. ازجمله سازه‌های روان‌شناختی که تاثیرگذاری 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 ذهن آگاهی و تنظیم هیجان باعث افزایش توانمندی افراد در سازش با انواع موقعیت‌های تنش‌زا و پرچالش، مدیریت موثرتر چنین موقعیت‌هایی و همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس و رضایت از زندگی می‌گردد [۱۲]. یکی از نو آوری‌ها 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 ذهن آگاهی 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 تأثیر گذار 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، 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 وراهبردهایی 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 خطاها 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 به‌منظور بررسی افراد معتاد انجام شد، نشان داد که سوءمصرف 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. درحالی‌که با رویدادهای خوشایند شناختی این رابطه ضعیف بود. سوءمصرف 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]. باوجود پژوهش‌های متعدد در مورد بررسی نقش فراشناخت و ذهن آگاهی در اختلالات روانی و سلامت عمومی پژوهش اندکی وجود دارد. همچنین تابه‌حال پژوهشی در رابطه با مؤلفه‌های فراشناخت و ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد در رابطه با سلامت عمومی انجام نشده

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۴۲-۳۱

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

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی است که به روش خوشه‌ای 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 16 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 کار آزمایی) ۰.۹۱ بوده است [۳۴]. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های به دست آمده، از آزمون‌های آماری خی‌دو، 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 کنترل‌ناپذیری افکار و خطر و باورهایی در موردنیاز به کنترل فکر. سؤالات بر روی مقیاس لیکرت از موافق نیستم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) پاسخ داده می‌شود. باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی با سؤالات یک، 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، مسئولیت و نیاز به کنترل افکار با سؤالات شش، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵، 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 گزارش 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) شاخته 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 رضایت بخشی 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 به‌صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی‌اش است. این ابزار همچنین اعتبار تمییزی 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 عملبه 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

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 31-42

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. به‌منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. مقادیر KMO، ۰.۸۶ به دست آمد. این میزان نشان‌دهنده آن است که ماتریکس همبستگی ماده‌های پرسشنامه برای اجرای تحلیل مناسب است. همچنین میزان بارلت ۱۷۸۷.۵۳۷ به دست آمد که از لحاظ آماری معنی‌دار بود (p<۰.۰۰۱). تحلیل عامل اکتشافی به روش چرخش واریماکس ۲ عامل برای پرسشنامه پذیرش و عمل را شناسایی کرد. پس از بررسی محتوای عوامل به دست آمده، این عامل‌ها به ترتیب اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی نام‌گذاری شدند. ارزش ویژه عوامل استخراج شده به ترتیب ۴.۳۸ و ۱.۵ بود و این عامل‌ها در مجموع ۵۸.۹۳ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. شایان ذکر است که ملاک انتخاب هر عامل بار عاملی دست کم ۰.۳ بود.

پرسشنامه ذهن آگاهی (FFMQ):

مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه ذهن‌آگاهی فریبرگ [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 آلفا برای غیر واکنشی بودن ۰.۷۵، توصیف ۰.۹۱، مشاهده ۰.۸۳، عمل با هوشیاری ۰.۸۷ و غیر قضاوتی بودن ۰.۸۷ محاسبه گردیده است [۴۴]. همبستگی بین عامل‌ها متوسط بود، هرچند به‌طور آماری معنادار بود و در طیفی بین ۰.۱۵ تا ۰.۳۴ قرار داشت [۴۵]. بائر و همکاران در ۲۰۰۶ برای بررسی اعتبار سازه و همزمان پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی را با سازه‌هایی نظیر هوش هیجانی، گشودگی، برونگرایی، روان‌رنجورخویی، نشانه‌های روان‌شناختی، سرکوب فکر، اشکال در تنظیم هیجان، آلکسی‌تایمی، اجتناب تجربی سنجیدند. نتایج بررسی‌ها همبستگی مثبت بین ذهن‌آگاهی، گشودگی و هوش هیجانی و همبستگی منفی بین ذهن‌آگاهی آلکسی‌تایمی، تجزیه، نشانه‌های روان‌شناختی، روان رنجورخویی و سرکوب فکر را نشان داد. آن‌ها با انجام تحلیل رگرسیون به این نتیجه رسیدند که می‌توان نشانه‌های روان‌شناختی را از طریق جنبه‌های ذهن آگاهی پیش‌بینی کرد. هم‌چنین آن‌ها به بررسی اعتبار سازه پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن آگاهی در دو گروه باتجربه مدیتیشن و بدون تجربه مدیتیشن پرداختند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر دامنه سنی دانشجویان میان ۱۸ تا ۵۲ سال، به تعداد ۱۷۶ نفر دختر (۵۸.۶۷ درصد)، ۱۲۴ نفر پسر (۴۱.۳۳ درصد)، ۷۸.۰ درصد لیسانس ۲۳۴ نفر، ۲۱.۹۷ درصد فوق‌لیسانس ۶۶ نفر از سه دانشکده علوم انسانی، فنی مهندسی و علوم پایه نمونه آماری را تشکیل دادند. از کل افراد نمونه ۳۹.۳۳ درصد متأهل و ۳۳.۷۷ 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
ذهن آگاهی	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 تجارب هیجانی با سلامت عمومی همبستگی مثبت و بین ذهن‌آگاهی با سلامت عمومی همبستگی منفی معناداری وجود دارد (r=۰.۳۳، p=۰.۰۰۰۱) و (r= −۰.۲۵، p ≤۰.۰۰۰۱).

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

	سلامت عمومی	
متغیرها	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
باورهای فراشناخت	۰.۳۳	۰.۰۰۰۱
ذهن آگاهی	−۰.۲۵	۰.۰۰۰۱
اجتناب از تجارب	۰.۶۴**	۰.۰۰۰۱

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۴۲-۳۱

هیجانی

$p\leq ۰.۰۵^{*}$ و $p\leq ۰.۰۱^{**}$

جهت بررسی معناداری پیش‌ُبینی 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 گام‌به گام نمره سلامت عمومی بر اساس مولفه‌های فراشناخت و اجتناب از تجارب هیجان

مدل	متغیر پیش‌بین		شاخص‌ها						
			SS	df	Ms	F	P	R	R^2
گام ۱	باورهای فراشناخت	رگرسیون	۱۹۲۳.۷۰	۱	۱۹۲۳.۷۷	۳۶.۵۷	۰.۰۰۰۱	۰.۳۳۱	۰.۱۱
		باقیمانده	۱۵۶۷۷.۶	۲۹۸	۵۲.۶۱				
	اجتناب از تجارب هیجانی	رگرسیون	۷۲۲۳.۱۴	۱	۷۲۲۳.۱۴	۲۰۷.۴۱	۰.۰۰۰۱	۰.۶۴	۰.۴۱
		باقیمانده	۱۰۳۷۸.۲۳	۲۹۸	۳۴.۸۳				
	ذهن آگاهی	رگرسیون	۱۰۹۶.۲	۱	۱۰۹۶.۲	۱۹.۷۹	۰.۰۰۰۱	۰.۲۵	۰.۰۶۲
		باقیمانده	۱۶۵۰۵.۱۷	۲۹۸	۵۵.۳۹				
گام ۲	اجتناب از تجارب هیجانی	رگرسیون	۷۷۲۳.۶۰	۲	۳۸۶۱.۸	۱۱۶.۱۲	۰.۰۰۰۱	۰.۶۶۲	۰.۴۴
		باقیمانده	۹۸۷۷.۷۷	۲۹۷	۳۳.۲۶				
	باورهای فراشناخت	رگرسیون	۷۷۲۳.۶۰۴	۱	۳۸۶۱.۸۰۲	۱۱۶.۱۲	۰.۰۰۰۱	۰.۶۶۲	۰.۴۴
		باقیمانده							

($F=۳۶.۵۷$ ،$p\leq ۰.۰۰۰۱$). باورهای فراشناخت در مجموع ۱۱ درصد از میزان سلامت عمومی دانشجویان را پیش‌بینی می‌ُکنند ($R^2=۰.۱۱$). 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 =۰.۱۱)، و ۸۹ درصد به عوامل خارج از مدل مذکور مربوط می‌شود. ضریب تاثیر باورهای فراشناخت ($B=۰.۳۳$) است؛ بنابراین با توجه به این یافته‌ها باورهای فراشناخت، سلامت عمومی آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند.

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

$Y=a+b_1X_1$

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

باورهای فراشناخت =(X1) ، 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 به‌عنوان متغیر مستقل (پیش‌بین) و سلامت عمومی دانشجویان به‌عنوان متغیر وابسته (ملاک)، با روش 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، ($F=۲۰۷.۴۱$ ،$p\leq ۰.۰۰۰۱$) معنادار است.

همچنین ضریب تعیین R^2 نشان می‌دهد که ۴۱ درصد واریانس سلامت عمومی دانشجویان مربوط به مولفه اجتناب از تجارب هیجانی ($R^2=۰.۴۱$)، و ۵۹ درصد به عوامل خارج از مدل مذکور مربوط می‌شود.

ضریب تأثیر ذهن‌آگاهی ($B=۰.۹۳$) است؛ لذا در مقایسه این ضرایب می‌توان به اهمیت اجتناب از تجارب هیجانی در پیش‌بینی تغییرات سلامت عمومی دانشجویان نسبت به سایر متغیرها پی‌برد.

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 31-42

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

$Y=a+b_1X_1$

$Y=28.07+ 0.41 (X_1)$

اجتناب از تجربه هیجانی= (X_1) سلامت عمومی دانشجویان=Y

برمبنای رابطه بالا، به ازای هر واحد که به اجتناب از تجربه هیجانی دانشجویان اضافه شود، به میزان ۰.۴۱ به سلامت عمومی دانشجویان افزوده خواهد شد. برای تعیین قدرت تأثیر و پیش‌بینی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره میان مولفه اجتناب از تجارب هیجانی به‌عنوان متغیر مستقل (پیش بین) و سلامت عمومی دانشجویان به‌عنوان متغیر وابسته (ملاک)، با روش گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج (جدول ۳) ارائه گردیده است. برمبنای رابطه بالا، به ازای هر واحد که از ذهن آگاهی دانشجویان کم شود، به میزان ۰.۲۲ به سلامت عمومی دانشجویان افزوده خواهد شد. برای تعیین قدرت تأثیر و پیش‌بینی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره میان مولفه ذهن آگاهی به‌عنوان متغیر مستقل (پیش‌بین) و سلامت عمومی دانشجویان به‌عنوان 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$۰.۰۰۰۱، F=۲۰۱.۴۱). همچنین ضریب تعیین R^2 نشان می‌دهد ۴۱ درصد واریانس سلامت عمومی دانشجویان مربوط به اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت (R^2=۴۴.۰) و ۵۶ درصد به عوامل خارج از مدل مذکور مربوط می‌شود.

ضریب تأثیر اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت به ترتیب (B = ۰.۸۶ و B = ۰.۱۱) است؛ لذا در مقایسه این ضرایب می‌توان به اهمیت بیشتر اجتناب از تجارب هیجانی در پیش‌بینی تغییرات سلامت عمومی دانشجویان نسبت به سایر متغیرها پی برد. برمبنای رابطه بالا، به ازای هر واحد که به اجتناب از تجارب هیجانی دانشجویان اضافه شود، میزان ۰.۸۶ به سلامت عمومی دانشجویان افزوده و همچنین 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 اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناخت به‌عنوان متغیرهای مستقل (پیش‌بین) و سلامت عمومی دانشجویان به‌عنوان متغیر وابسته (ملاک)، با روش گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج جداول ۳ و ۴ ارائه گردیده است.

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		۱۲.۳۵	۰.۰۰۰۱
اجتناب از تجارب هیجانی	۰.۸۶	۰.۰۶۵	۰.۵۹۵	۱۳.۲۱	۰.۰۰۰۱
باورهای فراشناخت	۰.۱۱	۰.۰۲۸	۰.۱۷۵	۳.۸۸	۰.۰۰۰۱

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 [۳۲، ۴۹-۴۶] همسو می‌باشد که در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، باورهای فراشناختی به‌خصوص باورهای منفی مرتبط با کنترل‌ناپذیری 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. به‌عبارت‌دیگر ازآنجایی‌که نمرات بالا در پرسشنامه سلامت روانی نشانگر نمره بالا

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۴۲-۳۱

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 آسیب‌شناختی و افکار وسواسی 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 همبستگی منفی معناداری وجود دارد. به‌طوری‌که به ازای هر واحد که از ذهن آگاهی دانشجویان کم شود، به سلامت عمومی دانشجویان افزوده خواهد شد. که این یافته‌ها با پژوهش‌های داخلی و خارجی ازجمله با پژوهش‌های [۱۲ و۵۶-۵۲] همسو می‌باشد. این تحقیقات نشان دادند آموزش ذهن آگاهی بر سلامت عمومی تأثیر مثبت دارد. زیرا همان‌گونه که قبلاً بیان شد، ذهن آگاهی 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 رنجورخویی، وجدان‌مندی و عاطفه منفی ارتباط قابل قبولی با ذهن آگاهی دارد. همچنین تأثیر ذهن‌آگاهی در حوزه‌های مختلف ازجمله افزایش هوشیاری، هیجانات مثبت، پذیرش خود [۵۸]، بهزیستی روان‌شناختی [۵۹]، کاهش تنیدگی [۶۰]، کاهش احساس دردهای مزمن، کاهش احتمال عود افسردگی [۶۱]، کاهش استرس [۶۲] مورد تائید 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 ذهن آگاهی وجود دارد. از دیگر مولفه‌های تأثیرگذار بر سلامت عمومی و روانی پذیرش و عمل می‌باشد. به دنبال اثربخشی نابسنده درمان‌های موج اول و دوم (درمان‌های رفتاری، روان‌کاوی، شناختی رفتاری کلاسیک و غیره) در درمان بسیاری از اختلالات روانی، موج سوم با تاکید بر فرآیندهای هیجانی و البته هم چنان با لحاظ داشتن فرآیندهای فکری و رفتاری شکل گرفت. ازجمله 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 به‌عنوان عامل مهمی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود. اجتناب تجربی به ارزیابی منفی افراطی 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 تجارب هیجانی معنادار است و این رابطه مثبت می‌باشد، به‌طوری‌که 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 تجارب، انجام ندادن رفتارهای خاصی را دامن می‌زند که فرد از آن‌ها می‌ترسد و این خود، زندگی فرد را محدودتر می‌کند و علائم 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 به‌جای آنکه روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند 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 دست‌بردارند [۷۰]. همچنین این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناخت و ذهن‌آگاهی و اجتناب از تجارب هیجان (یکی از مولفه‌های پذیرش و عمل) سلامت عمومی را پیش‌بینی

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 31-42

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. به‌طوری‌که به ازای هر واحد که به اجتناب از تجارب هیجانی دانشجویان اضافه می‌شود، ۰.۸۶ به سلامت عمومی دانشجویان افزوده شده و همچنین به ازای هر واحد که به باورهای فراشناخت اضافه می‌شود، میزان ۰.۱۱ به سلامت عمومی دانشجویان افزوده می‌شود. محدود بودن این پژوهش به دانشجویان ازجمله محدودیت‌های این پژوهش هست. بنابراین اجرای تحقیقات مشابه به سایر افراد جامعه و روی سایر سازه‌های روان‌شناختی 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, Daneshpajooh 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]
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 developement 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 comparsion 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.

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۴۲-۳۱

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, Kiyoumarsi 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]
34. Yaghubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental disorders in urabn and rural areas of Sowmaesara-Gillan. IJPCP. 1995; 1 (4):55-60 [Persian]
35. Wells A, Certwright-Hatton S. A short form of metacognitons puestionnaire**:** 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 meta-cognitive beliefs. Behaviour research and therapy. 1998; 36(9):899-913.

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 31-42

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, ShafiAbadi 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.
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-Sararoudi 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.

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۴۲-۳۱