Journal of Police Medicine

Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 31-42

Original Article

Effectiveness of Metacognitive Components Instruction in Reducing Symptoms of Post Traumatic Stress Disorders in Disabled Veterans with PTSD

Received: 4 January 2014 **Revised:** 14 June 2014 **Accepted:** 19 June 2014

ABSTRACT

Background: Association of anxiety disorders and complex nature of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) entails examining and applying new treatments therapies. The aim of current study was to determine the effectiveness of cognitive training component in reducing symptoms of PTSD.

Materials & Methods: This quasi-experimental study was conducted with pre-post test and follow- up design using control group from all veterans patients with PTSD who lived in Urmia. For this reason, 40 patients were randomly selected and divided into two equal experimental and control groups. Experimental group experienced 8 sessions of Wells's metacognitive therapy. While the control group was only followed. Mississipi scale was used as a diagnostic tool and PCL checklist as well as metacognitive test used as evaluation tools in the pre-test, post-test and follow up after two months. The results were recorded.

Result: Data were analyzed by multivariate covariance test (ANCOVA) and t-test. Our results indicated that there is a significant difference between mean metacognitive component's scores of experimental and control groups in post-test and follow up ($P<0.001$). Experimental group also showed the significant decrease in total scores of general symptoms than the control in post- and follow- up test ($P<0.05$).

Conclusion: These results showed that the metacognitive components in veterans with PTSD are disordered and applying metacognitive model of Wells will be effective on decreasing general symptoms of PTSD.

Keywords: instruction, meta- cognitive components, posttraumatic stress disorder, general symptoms

Ali Khademi[1]
Mitra Hashemzadeh[2*]

[1]Assistant Professor, Department of Psychology, East Azarbaijan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

[2]M.A, General– Psychology, Department of Psychology, West Azarbaijan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Mitra Hashemzadeh
Tel: (+98)9148532977
e-mail: mitra_hashemzadeh@yahoo.com

بهار۱۳۹۳ – دوره ۳ – شماره ۱– صفحات ۳۱-۴۲

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثر بخشی آموزش مولفه‌های فرا شناختی بر کاهش نشانگان استرس پس از سانحه در جانبازان

تاریخ دریافت: ۱۵ بهمن ۱۳۹۲ **تاریخ اصلاح:** ۲۴ خرداد ۱۳۹۳ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ خرداد ۱۳۹۳

چکیده

علی خادمی[۱]

میترا هاشم زاده[۲*]

مقدمه: همایندی اختلالات اضطرابی و ماهیت پیچیده اختلال استرس پس از سانحه، بررسی و به‌کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. هدف پژوهش حاضر، تعیین«اثربخشی آموزش مولفه‌های فراشناختی برکاهش نشانگان» این اختلال بوده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، از نوع شبه آزمایشی بود که با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل اجرا شد. بدین منظور از بین کلیه جانبازان اعصاب و روان (۲۵٪ تا ۴۰٪) آذربایجان غربی تعداد۴۰ نفر با تشخیص PTSD به صورت تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمون ۸ جلسه درمان فراشناختی «ولز» را تجربه کردند و گروه کنترل تنها پی‌گیری شدند. آزمون می‌سی‌سی‌پی به عنوان ابزار تشخیص، آزمون چک لیست PCL و آزمون فراشناخت ولز، به عنوان ابزارهای ارزشیابی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به کار گرفته شد و نتایج ثبت گردید.

یافته‌ها: داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که نتایج آن نشان داد بین میانگین نمرات مولفه‌های فراشناختی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱) همچنین گروه آزمایش در نمره کل نشانگان استرس پس از سانحه کاهش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نشان دادند (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش حاکی از آن است که مولفه‌های فراشناختی درجانبازان مبتلا به PTSD مختل است. و به کارگیری الگوی فراشناختی «ولز» در کاهش نشانگان عمومی آن‌ها موثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: آموزش، مولفه‌های فراشناختی، اختلال استرس پس از سانحه، نشانگان عمومی

[۱] استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، گروه روانشناسی، تبریز، ایران.

[۲] کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات آذربایجان غربی، گروه روانشناسی، ارومیه، ایران.

[*]نویسنده مسئول:

میترا هاشم زاده

تلفن: ۹۱۴۸۵۳۲۹۷۷(۹۸+)

پست الکترونیک:

mitra_hashemzadeh@yahoo.com

مقدمه

استرس طبق تعریف ریچارد لازاروس، حالتی از اضطراب است که وقتی حوادث و مسئولیت‌ها افزون بر آن مقداری است که انسان بتواند با آن کنار بیاید، تجربه می‌شود. اما به زبان فیزیولوژیکی استرس میزان استهلاک و فرسودگی بدن است. از نگاه سلیه «استرس پاسخ غیر مشخص بدن به هر فشاری است که روی آن

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 31-42

گذاشته می‌شود. خواه این فشار تولید لذت یا تألم بکند» [۱]. در بررسی واکنش‌های نابهنجار افراد در رویارویی با منابع فشار روانی، نخستین بار در میان سربازان جنگ جهانی دوم، در رویارویی با وقایع فشارزای جنگ، سندرم روان شناختی و رفتارهای نابهنجار شناسایی شد. این نشانگان بعدها در DSM تحت عنوان یکی از گروه‌های فرعی اختلالات روانی قرار گرفت و اکنون به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)[1] معروف است [۲]. اختلال فشار عصبی پس از سانحه شامل مجموعه‌ای از علائم اضطرابی است که در پی مواجهه با عامل ایجاد کننده فشار عصبی بروز می‌کند. این مواجهه می‌تواند به صورت شاهد بودن، تجربه فردی و یا شنیدن واقعه باشد که فرد به صورت ترس و درماندگی به آن پاسخ می‌دهد. میزان شیوع این اختلال در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد [۳] و در جمعیت عمومی ۱ تا ۹ درصد تخمین زده شده است [۴]. مجموعا طبق شواهد پژوهشی اختلال استرس پس از سانحه اختلال شایعی است [۵]. زمانی که این اختلال سیر مزمن داشته باشد، احتمالا بر نزدیکان فرد مبتلا نیز اثر گذاشته و سبب ایجاد تنش در خانواده می‌شود [۶]. بطور مثال کناره گیری هیجانی از فعالیت‌های لذت بخش در مبتلایان، شکاف عمیقی در ارتباط زوجی آن‌ها ایجاد می‌کند [۷]. اغلب سربازانی که دارای سابقه آسیب بوده‌اند، به ویژه افرادی با اختلال فشار عصبی، بیشترین آسیب شناسی روانی از قبیل اضطراب، افسردگی را داشته و در تمام حوزه‌های مختلف زندگی از کیفیت پایینی برخوردار می‌باشند [۸]. زیرا از آثار زیانبار هر جنگی بروز مشکلات جسمانی و روانی برای افرادی است که بطور مستقیم یا غیر مستقیم در صحنه جنگ حاضر بوده‌اند [۹]. پژوهش‌های گسترده‌ای نشان می‌دهند که همسران سربازان دارای اختلال استرس پس از سانحه، دچار پریشانی روانی و زناشویی بوده [۱۰] و با مشکلات متعددی در ابعاد مختلف مانند کیفیت زندگی و عملکرد روانی- اجتماعی، عملکرد خانوادگی، عملکرد جسمانی، سلامت عمومی و سرزندگی مواجه هستند [۱۱]. این مشکلات هم چنین سبب کاهش عملکرد اجتماعی فرد مبتلا، ازهم پاشیدگی خانواده، عصبانیت، اضطراب، افسردگی، مشکلات روانی و ترس در سایر افراد خانواده بیمار می‌گردد [۱۲] و نیاز به حمایت اجتماعی را ایجاد می‌کند. توتیس حمایت اجتماعی را به عنوان یک راهبرد برای مقابله با زندگی استرس زا بوسیله فراخواندن کمک از شبکه‌های اجتماعی تعریف کرده است. نیاز به حمایت اجتماعی قطعاً نشان از درگیری جامعه با مشکل می‌باشد [۱۳]. نتایج حاصل از تحقیقات یلسین[2] (۲۰۱۱) تایید کردند، افرادی که دارای سیستم حمایتی قوی می‌باشند، احتمالا افسردگی و استرس کم‌تری راتجربه می‌کنند. زیرا حمایت اجتماعی با استرس و افسردگی و اختلالات هیجانی رابطه معکوس دارد [۱۴]. این موضوع بیانگر اهمیت نقش و درگیری جامعه با بیماران و اهمیت و ضرورت درمان است.

در سبب شناسی این اختلال، شدت سانحه و ماهیت آن بر میزان ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه موثر می‌باشد [۱۵]. علی‌رغم اهمیت طبیعت و شدت عوامل استرس زا، این اختلال منشاء چند علتی دارد که این علت‌ها باعث ایجاد ویژگی‌های خاص در این افراد می‌شود [۱۶]. یافته‌های زیست شناختی عمده در مورد ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، افزایش فعالیت و حساسیت سیستم عصبی اتونومیک را نشان می‌دهد که قرائن آن در افزایش تعداد ضربان قلب و میزان فشار خون و ساختار نابهنجار خواب (مثل انقطاع خواب و افزایش دوره نهفتگی خواب) می‌باشد. بطور مثال در پژوهش ملمن و همکاران بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه کاهش میزان خواب و افزایش میزان خواب REM را نشان داده‌اند [۱۷]. عده‌ایی نیز اختلالات خواب را که جزو شایع ترین شکایات بیماران با PTSD است، علامت کلیدی این اختلال درنظر می‌گیرند [۱۸]. این بیماران همچنین از دلبستگی ناایمن، مخصوصا اضطراب و اجتناب رنج می‌برند [۱۹].

در بیان اهمیت بررسی این بیماری می‌توان به همبودی این اختلال با اختلالات وحشتزدگی، افسردگی، سوء مصرف مواد، پرخاشگری، اختلالات اضطرابی و اختلال شدید در عملکرد روزانه، شغلی و اجتماعی اشاره کرد [۲۰].

موضوع مورد توجه و مهم دیگر در این بیماران، مولفه های فراشناختی[3] آنان می‌باشد. از جمله عواملی که می‌تواند بر نگرش‌های ناکارآمد اثرگذار باشد، فراشناخت است. پژوهش‌ها حاکی از ارتباط بین مولفه‌های فراشناخت، نگرش‌های ناکار آمد و اختلالات هیجانی است [۲۱]. فراشناخت، شناختی است که درباره‌ی شناخت به کار می‌رود (شناخت اساسی درباره‌ی شناخت). تفکر به عوامل فراشناختی نیاز دارد که بتواند آن را کنترل و تنظیم نماید [۲۲]. پژوهشگران پنج

1: Post-Traumatic Stress Disorder, 2: Yalcin, 3: Metacognitive Components

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۳۱-۴۲

مولفه ی فراشناختی را مطرح کرده اند [۲۳]. نخستین بار ولز و متیوس با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF)[1] جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کرده‌اند. به عقیده‌ی ولز، شناخت درمانی بیشتر روی منشا محتوای افکار، تمرکز می‌کند [۲۴]. اما در مورد چگونگی شکل‌گیری این افکار و چگونگی ساز و کارهای برجسته‌سازی تفکرات ناکارآمد تلاشی نکرده است [۲۵]. این رویکرد، کارکرد بالینی درمان را عمیق تر می‌کند و به جای آنکه درمانگران اعتبار افکار و یا باورهای بیماران را مورد سوال قرار دهند سعی دارند فراشناخت‌هایی را که شیوه‌های ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می گردند، تغییر دهند [۲۶]. فراشناخت ها مسئول کنترل افکار سالم و ناسالم ذهن هستند و فرآورده‌ها و فرآیندهای آگاهی را پایش (نظارت)، کنترل[2] و ارزیابی می‌کنند [۲۴]. برخی از پژوهش‌ها، اثربخشی مدل فراشناختی ولز را بر وسواس [۲۷] اختلال اضطراب فراگیر (ولز، کینگ) و اختلال استرس پس از سانحه گزارش کردند [۲۸].

مطالعاتی در ایران نیز اثر بخشی این مدل را بر اختلال بدشکلی بدن[3] [۲۹]، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال دو قطبی [۳۰] و اختلال وسواس- جبری[4] آزموده‌اند [۳۱]. با توجه به مبانی مطرح شده و اهمیت این اختلال به دلیل تجربه جنگ در کشور ما و همچنین نیاز به رویکردهای درمانی جدید، پژوهش حاضر با هدف شناسایی مولفه های فراشناختی جانبازان مبتلا به اختلال پس از سانحه و تاثیر آموزش این مولفه ها در کاهش نشانگان PTSD انجام شده است تا بتواند راهکارهایی را به منظور مداخلات موثر برای این دسته از بیماران ارائه کند. نتایج پژوهش حاضر می تواند محققان بهداشت و روانشناسان را در جهت شناخت و درمان بیماران در معرض خطر یاری دهد.

مواد وروش‌ها

این پژوهش ازنوع شبه آزمایشی بوده که با طرح پژوهشی پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل [۳۲] به همراه پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه جانبازان جنگ ایران، ساکن شهر ارومیه تشکیل دادند. نخست به شیوه نمونه گیری تصادفی تعداد ۵۰ نفر از آنان را که در پرونده پزشکی خود به تشخیص روانپزشک، دارای ملاک‌های ابتلا به اختلال مذکور بودند و در مقیاس می‌سی‌سی‌پی نیز نمره بالای ۱۰۷ دریافت کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی درگروه‌های آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) قرار داده شدند. آزمودنی‌هایی که به دلایل مختلف از جمله بیماری و بی حوصلگی نتوانستند در همه جلسات مداخله شرکت کنند؛ از تحلیل نهایی کنار گذاشته شدند. بعد از ریزش نمونه، نتایج ۴۰ نفردر تحلیل مورد استفاده قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه داشتن تشخیص اختلال استرس پس از سانحه طبق ملاک های DSM-TV-TR2 و عدم ابتلا به دیگر اختلالات روانی، عدم اعتیاد به الکل و مواد مخدر و رضایت‌مندی مبنی بر شرکت در طرح، بوده است. تشخیص گذاری با توجه به اطلاعات موجود در پرونده افراد بود که از سوی کمسیون پزشکی استان آذربایجان‌غربی درصد اعصاب و روان (۲۵٪ الی ۴۰٪) با تشخیص PTSD دریافت کرده بودند. ابتدا کلیه آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل توسط ابزار آزمون، پیش آزمون شدند، سپس طی ۸ جلسه، برای آزمودنی های گروه آزمایش مداخلات فراشناختی اجرا شد و آزمودنی های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پشتوانه نظری مداخلات، نظریه فراشناخت ولز و محتوای آن ۵ مولفه فراشناختی است. زمان اجرای مداخلات به انتخاب آزمودنی‌ها، بعد از ظهر و به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه بود که در سالن بنیاد امور ایثارگران و جانبازان ارائه شد. به جهت تکریم، آزمودنی‌ها برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه داشتند و نیز به آن‌ها اطینان داده شد که اطلاعات شخصیشان محرمانه باقی خواهد ماند. بعد از ۱۰ هفته گروه‌های آزمایش و کنترل، پس آزمون شدند و پس از دو ماه آزمون پیگیری از آنان به عمل آمد، داده‌ها پس از جمع آوری توسط آزمون t و تحلیل کوواریانس چند متغیری، مورد تحلیل آماری قرارگرفتند.

جلسات شامل: درک مشکل مراجعان، ارائه منطق درمان، معرفی ذهن آگاهی گسلیده DM، به تعویق انداختن نشخوار فکری/نگرانی، آموزش تعمیم، تغییر توجه، استفاده از راهبرد وارونه سازی برای اجتناب باقی مانده و پیشگیری از عود است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه می سی سی پی[5]: مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی دارای ۳۹ سوال است. مقیاس اصلی می‌سی‌سی‌پی (مربوط به جنگ) که توسط کینی ساخته شد، ۳۵ سوال دارد [۳۳].

[1]: Self-regulatory strategies, [2]: Monitoring, [3]: Body dysmorphic, [4]: Obsessive Compulsive Disorder, [5]: Mississippi

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 31-42

اعتبار و روایی این آزمون بر اساس DSM-III به‌دست آمده و توسط نوریس و همکاران اصلاح شده است [۳۴]. نمره برش ۱۰۷ به عنوان مرز تشخیص، افراد مبتلا را از افراد فاقد این معیارها تشخیص می‌دهد. این مقیاس توسط نوریس ورید معرفی و توسط گودرزی [۳۵] در ایران اعتباریابی شده است. اعتبار آزمون بر اساس همبستگی درونی ۹۲٪، بر اساس روش دو نیم کردن ۹۲٪، بر اساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته ۹۱٪ و با آزمون همتا ۸۲ ٪ بوده است. ۴ عامل این اختلال : خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین‌فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی، در این پرسشنامه به تفکیک بیان شده است. هر سوال حداقل ۱ و حداکثر ۵ نمره دارد و کل نمرات از ۳۵ ا لی ۱۹۵ است [۳۴].

پرسشنامه PCL: مزیت چک لیست اختلال پس از سانحه یا پرسشنامه PCL در مختصر بودن و کوتاه بودن آن است و محدودیت این فهرست آن است که فقط بر روی نیروهای نظامی اعتباریابی شده است. این فهرست بر اساس معیارهای DSM-IV تهیه شده است. اعتبار و روایی این تست در ایران بوسیله گودرزی (۱۳۸۲) انجام شد [۳۵] که نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ حاکی از اعتبار فهرست است. همبستگی این مقیاس با فهرست وقایع زندگی محاسبه شد که نتیجه آن (P = ۰/۰۰۱، n = ۱۱۷، r = ۰/۳۷) حاکی از روایی هم زمان مقیاس می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۱۷ ماده است. سوالات ۱ تا ۵ مقیاس تجربه مجدد و سوالات ۶ تا ۱۲ مقیاس کرختی و اجتناب و سوالات ۱۳تا ۱۷ مقیاس بیش برانگیختگی را ارزیابی می‌کند. هر سوال از ۱ تا ۵ امتیازبندی شده است [۳۶]. در پژوهش دیگری نیز اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد [۳۷].

ایجاز نسبی، خصوصیت روانسنجی، استفاده از مقیاس لیکرت، ارزیابی فراوانی و شدت هر علامت و نیز کوتاهی زمان اجرای آن از مزایای منحصر به فرد این مقیاس جهت ارزیابی اختلال PTSD باشد. افرادی که در این مقیاس نمره بالاتر از ۱۰ (بعنوان خط برش) به‌دست آوردند. به عنوان نمونه اصلی درنظر گرفته شدند. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۳ به‌دست آمد.

پرسش نامه فراشناخت: پرسشنامه فراشناخت ولز، کارترایت، هاتن[1]، ۳۰ ماده دارد [۳۷]. و هر آزمودنی به هر ماده به صورت چهار گزینه (مخالفم- کمی موافقم- به طور متوسط موافقم- خیلی موافقم) پاسخ می دهد. این گزینه‌ها با توجه به جهت سوال، به ترتیب (۱، ۲، ۳، ۴) یا برعکس (۴، ۳، ۲، ۱) نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه ۵ مولفه فراشناختی را می سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مولفه‌های آن در دامنه ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران شیرین زاده دستگیری [۳۸] این پرسشنامه را ترجمه نمود و ضریب همسانی درونی، آن را به کمک آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷۳ و پایایی بازآزمایی آن را برای کل مقیاس، بعداز یک ماه ۰/۷۳ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ به‌دست آمد. قابل ذکر است در یک تحقیق ایرانی، میانگین ۵ مولفه شناختی و میانگین کل آن برای آزمودنی‌های بهنجار به شرح زیر بوده است: اعتماد شناختی: ۳۲/۸، باورهای مثبت در مورد نگرانی: ۱۲/۹، باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار: ۷۶/۷، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطرنگرانی: ۶۸/۱۵، خودآگاهی شناختی: ۱۶/۴۸ و میانگین کل: ۳۶/۵۷، این اطلاعات می توانند برای تفسیر میانگین‌های به دست آمده در این پژوهش مورد استفاده قرار گیرند [۲۳].

یافته‌ها

در جدول ۱ به ترتیب میانگین و انحراف استاندارد ۵ مولفه شناختی شامل اعتماد شناختی، باورهای مثبت در نگرانی، خود آگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد خطر نگرانی و باورهایی در مورد نیاز

جدول ۱: شاخص‌های آماری نمرات پیش آزمون مؤلفه‌های فراشناختی

شاخص‌ها گروه‌ها	میانگین اعتماد شناختی	انحراف استاندارد	میانگین باورهای مثبت	انحراف استاندارد	میانگین خودآگاهی شناختی	انحراف استاندارد	میانگین باورهای منفی	انحراف استاندارد	میانگین شاهد افکار	انحراف استاندارد	میانگین کل	انحراف استاندارد کل
آزمایش	۱۸/۹۵	۲/۴۶	۱۵/۴۵	۳/۵۰	۱۶/۶۰	۳/۸	۲۱/۴۰	۲/۸	۱۹	۳/۶۶	۸۷/۸۵	۱۱/۳۹
کنترل	۱۹	۲/۴	۱۵/۸۵	۳/۱۶	۱۵/۳۵	۴/۱۳	۲۱/۰۵	۱/۹۵	۱۸/۸۵	۳/۳۲	۸۹/۷۴	۱۰/۳۶

[1]: Wells, Cartwrith- hatton

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۳۱-۴۲

جدول ۲: شاخص‌های آماری نمرات پس آزمون مؤلفه‌های فراشناختی

شاخص‌ها / گروه ها	میانگین اعتماد شناختی	انحراف استاندارد	میانگین باورهای مثبت	انحراف استاندارد	میانگین خودآگاهی شناختی	انحراف استاندارد	میانگین باورهای منفی	انحراف استاندارد	میانگین شاهد افکار	انحراف استاندارد	میانگین کل	انحراف استاندارد کل
آزمایش	۱۲/۳۵	۲/۹۲	۹	۲/۱۲	۱۲/۱۰	۳/۱۹	۱۶/۷۵	۱/۳۳	۱۶	۳/۴۶	۶۴/۷۰	۹/۷۲
کنترل	۱۹	۲/۴۷	۱۵/۵۲	۲/۷۸	۱۹/۴۵	۳/۶۳	۲۱/۰۵	۱/۹۵	۱۸/۴۰	۲/۹۴	۹۰/۱۶	۹/۵۷

به شاهد افکار در وضعیت پیش آزمون گروه ها آمده است. میانگین‌های به‌دست آمده، نشانگر وضعیت مختل شده مؤلفه‌های فراشناختی در آزمودنی‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است. در این راستا محتوی آموزش‌ها با هدف به تعویق انداختن نشخوار فکری/ نگرانی، آموزش تعمیم، تغییر توجه و معرفی ذهن آگاهی گسلیده (DM) ارئه شد [۲۴].

داده‌های مندرج در جدول ۲ به ترتیب میانگین و انحراف استاندارد ۵ مولفه شناختی در وضعیت پس آزمون گروه‌ها می‌باشد که نتایج آن اختلاف میانگین بین گروه‌های آزمایش و شاهد را نشان می‌دهد (گروه آزمایش میانگین کمتری نسبت به گروه کنترل دارد).

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین‌های پیش آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های پنج‌گانه فراشناختی و میانگین کل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد و در حالی که این تفاوت بین میانگین‌های پس آزمون معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). با توجه به مندرجات جدول ۴، t به دست آمده بزرگتر از مقدار بحرانی جدول است. در این جدول شاخص قبل و بعد از مداخله، نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش در پرسشنامه فراشناخت بود. به منظور مقایسه میانگین نمرات نشانگان عمومی گروه‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری از تحلیل کوواریانس[1] استفاده و نمرات پیش‌آزمون بعنوان متغیر هم پراش کنترل شد و سپس نمره‌های پس آزمون و پیگیری مورد مقایسه قرار گرفت. همانطور که در جدول۵ مشاهده می‌شود، تاثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس آزمون ($F_{(۱ و ۳۷)}$ = ۱۴۷/۱۴۶ ،P< ۰/۰۰۱) و همچنین اثر گروه بر نمره‌های پس آزمون معنی‌دار است ($F_{(۱ و ۱۷)}$ = ۶۷/۸۱۸ ،P< ۰/۰۰۱) در این تحلیل هم چنین بین نمرات نشانگان عمومی گروه آزمایش وکنترل درمرحله پی گیری تفاوت، معنی‌دار است ($F_{(۱ و ۳۷)}$ = ۲۱۷/۴۹ ،P< ۰/۰۰۱) مجذور اتا ۰/۸۵ است. یعنی ۸۵ درصد از واریانس نمرات نشانگان عمومی PTSD مربوط به عضویت گروهی است. به بیان

جدول۳: نتایج آزمون t جامعه ونمونه برای مقایسه نمرات متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های فراشناختی

شاخص‌ها / گروه‌ها	خرده مقیاس‌ها	t محاسبه شده	t جدول در سطح ۰/۰۱	درجه آزادی	معنی‌داری
پیش آزمون	اعتماد شناختی	-۰/۰۷۸	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۹۳۸
	باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۴۰۳	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۶۹۲
	خودآگاهی شناختی	۰/۴۵۸	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۶۵۲
	باورهای منفی در مورد خطر نگرانی	۰/۶۱۶	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۵۴۵
	باورهایی در مورد نیاز به شاهد افکار	۰/۹۵۱	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۳۵۳
	میانگین کل	-۰/۴۹۲		۱۹	۰/۶۲۹
پیش آزمون	اعتماد شناختی	-۷/۷۶۷	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۰۰۱
	باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۶/۸۲۲	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۰۰۱
	خودآگاهی شناختی	-۵/۰۳	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۰۰۱
	باورهای منفی در مورد خطر نگرانی	-۱۱/۱۸۱	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۰۰۱
	باورهایی در مورد نیاز به شاهد افکار	-۵/۸۱۲	۲/۷۶۳	۱۹	۰/۰۰۱
	میانگین کل	-۹/۰۳		۱۹	۰/۰۰۱

[1]: Ancova

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 31-42

جدول۴: خلاصه محاسبات آزمون t همبسته (جفت شده) در مورد نتایج گروه آزمایش

متغیرها	شاخص‌های آماری			
	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	t	سطح معنی‌داری
اعتماد شناختی	۱۸/۸۵	۱۲/۳۵	۹/۳۱	۰/۰۰۱
باورهای مثبت	۱۵/۴۵	۹	۷/۹۰	۰/۰۰۱
خودآگاهی شناختی	۱۶/۶۰	۱۲/۱۰	۱۴/۸۲	۰/۰۰۱
باورهای منفی	۲۱/۴۰	۱۶/۷۵	۱۱/۶۴	۰/۰۰۱
شاهد افکار	۱۹	۱۶	۷/۹۵	۰/۰۰۱

دیگر، بین میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری گروه ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان دادند که مولفه‌های فراشناختی در مبتلایان به این بیماری مختل می‌باشد. لوینسون و همکارانش سلامت روان را عبارت از این دانسته‌اندکه؛ فرد چه احساسی نسبت به خود و دنیای اطراف محل زندگی و اطرافیان دارد و مخصوصاً با توجه به مسوولیتی که در مقابل دیگران دارد، چگونگی سازش وی با شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش اهمیت دارد [۴۹]. مولفه های فراشناختی در این شناخت نقش مهمی دارد. در ارتباط با این مولفه‌ها از آنجاییکه کسب نمره بیشتر در باورهای فراشناخت نشان دهنده فرا شناخت منفی و ناکارآمدتر است و معمولاً نمره فراشناخت در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی بالاتر از افراد پایدار هیجانی است [۳۹]. لذا باتوجه به اینکه نمرات مولفه های فراشناخت در پژوهش حاضر نسبت به میانگین نمرات جامعه [۳۸] بالاتر به‌دست آمده است، وضعیت مختل مولفه های فراشناختی در آزمودنی های مبتلابه PTSD است، مشخص می شود. این نتایج با یافته های پژوهش خادمی وسیف (۱۳۹۰) [۲۳]، خرم دل و همکاران [۴۰] و بهادری و همکاران (۱۳۹۱) [۴۱] هم سو می‌باشد. در تحقیقات ذکر شده معلوم شده است که مولفه های فراشناختی،در افراد با ابعاد شخصیتی مختلف، متفاوت است. مثلا در اعتماد شناختی، میانگین جوانان ضد اجتماعی، طبق تحقیق خادمی و سیف، به نسبت جامعه

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس، جهت مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری نشانگان عمومی در گروه‌ها

متغیرها		مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
	گروه‌ها	۶۶۵/۶۸۹	۱	۶۶۵/۶۸۹	۶۷/۸۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۷	۱/۰۰۰
نشانگان عمومی	پیش آزمون	۱۴۴۴/۳۶۳	۱	۱۴۴۴/۳۶۳	۱۴۷/۱۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹	۱/۰۰۰
	خطا	۳۶۳/۱۸۷	۳۷	۹/۸۱۶				
	گروه‌ها	۱۶۰۲/۷	۱	۱۶۰۲/۷	۲۱۷/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰۰
آزمون،پی‌گیری	پیش آزمون	۴۹۴/۴۹۰	۱	۴۹۴/۴۹۰	۶۷/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰۰
	خطا	۲۷۲/۶۶۰	۳۷	۷/۳۶۹				

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۳۱-۴۲

بالاتر به دست آمده و در ارتباط با مولفه خود آگاهی شناختی، میانگین این جوانان پایین بوده است. وهمچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش کالاگر،کارترایت–هاتن، [۴۲] وکارترایت –هاتن و ولز، [۴۳] و ویلسون و همکاران [۴۴]، نیز هم سو است. ذکر این نکته لازم است که وجود باورهای منفی بطور مشخص نمی‌توانند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند، آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند که مهم‌ترین وجه تمایز درمان فرا شناختی است [۲۶]. در این راستا پس از انجام آموزش ها با اهداف مذکور، مبتلایان می توانند راهبردهایی را بیاموزند که در موقعیت های مشکل دار، از آن راهبردها استفاده کنند. در این مورد بطور مثال ولک و همکاران [۴۵]، در بررسی خود به مولفه‌های فراشناختی خود کنترلی، با توجه به اصلاح باورهای فراشناختی و افزایش خود آگاهی فراشناختی اشاره کرده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش مولفه های فراشناختی به آزمودنی ها کمک می کند که خود مشاهده‌گر دقیق برای رفتارهای خود باشند و در جهتی متضاد با ویژگی خود محورانه خویش، به مشاهده خود، فعالیت‌ها و نتایج فعالیت‌هایشان بپردازند [۴۶]. از این رو آموزش مهارت فراشناختی توسط پژوهشگر می‌تواند به طور معنی داری براصلاح مؤلفه های فراشناختی گروه آزمایش مؤثر باشد [۲۴]. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت کنترل متغیرهای هم گام، در تایید فرضیه دوم نشان دادکه گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله گر، در مجموع کاهش معنی داری را در نمرات علایم PTSD نسبت به گروه کنترل به‌دست آورده است که حاکی از اثر بخشی آموزش مولفه‌های فراشناختی در کاهش نشانگان عمومی است. این نتایج با مبانی نظری ولز (۲۰۰۹) [۴۷] هم سو می باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های ولز و سمبی (۲۰۰۴) [۲۸] در مورد اختلال استرس پس از آسیب، (ولز و ولفورد و همکاران [۲۰۰۸]) [۴۷] و همچنین در مورد اثر بخشی درمان فراشناختی در مبتلایان به اختلال پس از آسیب مشابه است [۲۴]. در تبیین نظری قابل ذکر است که سیستم شناختی فرد می‌کوشد رویداد آسیب‌زا را پردازش نماید. با این حال، راهبردهای مقابله‌ای و سبک تفکر کنونی بیمار، مانع از تکمیل این فرآیند می‌شوند. درمانگر تأکید می‌کند آن چه که مهم است اجتناب نکردن از علایم است [۴۷]، درمانگر از طریق درگیر شدن در نگرانی و نشخوار فکری، اجتناب از افکار و متمرکز ساختن توجه بر تهدید، در فرآیند التیام مداخله می‌کند.

یافته‌های این پژوهش را می‌توان، به منزله تایید نظر ولز که معتقد است درمان فراشناختی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند الگوهای تفکر و سبک های مقابله ای خاصی که آنان را در حالت پریشانی هیجانی مداوم گرفتار می سازد و نیز باورهای فراشناختی خود درباره‌ی افکار و احساسات را شناسایی و تغییر دهند، تبیین کرد. درکل درمان فراشناختی، از طریق چالش با باورهای فراشناختی و حذف سندرم شناختی– توجهی، کمک می‌کند تا پاسخ‌های بدیلی برای افکار خود درباره‌ی تنها بودن پیدا کند [۴۷]. به عبارت دیگر، این درمان بر تغییر این که بیمار چگونه فکر می‌کند، تمرکز می‌کند، این تغییر به وسیله‌ی دست‌کاری کردن باورها درباره‌ی شناخت اتفاق می‌افتد. ماهیت بنیادی کار در سطح فراشناختی آن است که باید بیمار را از سبک‌ها و فرآیندهای تفکر ناسازگارانه آگاه سازیم تا بتواند مدل ذهنی شناخت و شیوه‌های تجربه کردن افکار را تغییر دهد. این فرآیند چیزی فراتر از آزمودن محتوای افکار و باورها است و مستلزم کنار گذاشتن سبک های (فرایندهای) تفکر ناسازاگارانه و در سطح بالاتر و ارزیابی اعتبار باورهایی درباره‌ی تفکر است [۲۴]. بعلاوه یافته های پژوهش در سطح نظری تاییدی است بر مفروضه های نظری لی وینگتون[1] که معتقد است: فعالیت‌هایی نظیر برنامه ریزی برای انجام کار یا تکلیف، بازبینی رفتار خویش، ارزیابی از پیشرفت، همگی دارای ماهیت فراشناختی هستند که در پژوهش حاضر به صورت مختل در بیماران مبتلا به استرس پس ازسانحه گزارش شده است و مداخله می‌تواند در کاهش نشانگان آن و بهبود وضعیت موثر باشد [۴۸].

در پژوهش حاضر باید به مشکلات پژوهش درمورد جانبازان،آموزش آن ها، محدودیت حجم نمونه و ابزاهای مورد استفاده، توجه نمود. محدودیت جامعه آماری، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که لازم است در نظرگرفته شوند. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش تاثیرات متفاوت احتمالی داروهای مصرف شده توسط بیماران طی سال‌های گذشته است که ممکن بر نتایج پژوهش تاثیر گذاشته باشد. با توجه به مدت زمان ابتلا به این اختلال و سیر مزمن

1: Livington

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 31-42

بودن آن و با تکیه بر نتایج حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود برای بررسی دقیق تر در مطالعات آتی، این روش با روش دارو درمانی مقایسه و یا ترکیب این دو مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر آن پیشنهاد می شود، مشاوران و روانشناسان بنیاد جانبازان و امور ایثارگران جهت اجرای این روش، تحت آموزش قرار گیرند و در پژوهش های آتی گروه های در معرض خطر ابتلا (خانواده های مبتلایان)، شناسایی و با انجام مداخلات پیشگیرانه اولیه از ابتلا به این اختلال جلوگیری شود. درضمن تکرار پژوهش های مشابه میتواند میزان درستی یافته های پژوهش حاضر را بررسی نموده و دامنه اثر گذاری و به‌کارگیری آن راگسترش دهد.

تشکر وقدردانی

لازم است از کلیه مسئولین و کارکنان بنیاد شهید و امور جانبازان استان تهران و شهر ارومیه که در جهت کسب مجوز مطالعه و پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

1. Seaward B. Managing stress: principles and strategies for health and well-being-book alone. Jones & Bartlett Publishers 2008.
2. Beals J, Manson SM, Shore JH, Friedman M, Ashcraft M, Fairbank JA, et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder among American Indian Vietnam veterans: disparities and context. J Trauma Stress 2002; 15: 89-97.
3. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 8th ed. Translated by: Porafekari. Tehran: Shahrab press 2007; 206-20.[In Persian].
4. Chossegros L, Hours M, Charnay P, Bernard M, Fort E, Boisson D, et al. Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. Accid Anal Prev 2011; 43: 471-7.
5. Oltmanns TF, Emery RE. Abnormal psychology. Prentice-Hall, Inc 1995.
6. Association AP. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. bookpointUS 2013.
7. Sherman MD, Zanotti DK, Jones DE. Key Elements in Couples Therapy With Veterans With Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. Professional Psychology: Research and Practice 2005; 36: 626.
8. Pereira MG, Pedras S, Lopes C. Posttraumatic Stress, Psychological Morbidity, Pychopathology, Family Functioning, and Quality of Life in Portuguese War Veterans. Traumatology 2011: 1534765611426794.
9. Prandeh A, Haji Amini Z, Maleki A. Effect ofprogressive muscle relaxation training in life quality of PTSD veterans wives. J Behav Sci 2009; 3: 311-6. (Persian)
10. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Clin Psychol Rev 2012; 32: 122-38.
11. Renshaw KD, Blais RK, Caska CM. Distress in spouses of combat veterans with PTSD: The importance of interpersonally based cognitions and behaviors. Risk and resilience in US military families: Springer 2011; 69-84.
12. Imani S, Atef Vahid MK, Asgharnezhad Farid AA. Quality of life in war veterans suffering from chronic Ptsd in comparison with other veterans. Thought and Behavior in Clinical Psychology 2012; 7: 47-56. (Persian)
13. Heard E, Whitfield KE, Edwards CL, Bruce MA, Beech BM. Mediating effects of social support on the relationship among perceived stress, depression, and hypertension in African Americans. J Natl Med Assoc 2011; 103: 116-22.
14. Yalcin I. Social support and optimism as predictors of life satisfaction of college students. Int J Adv Couns 2011; 33: 79-87.
15. Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. Abnormal psychology. 10th ed. Translated by: Shamsipour H. Tehran: Arjomand press; 2009;2: 159-202. (Persian)
16. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 748-66.
17. Mellman TA, Nolan B, Hebding J, Kulick-Bell R, Dominguez R. A polysomnographic comparison of veterans with combat-related PTSD, depressed men, and non-ill controls. Sleep 1997; 20: 46-51.
18. Koren D, Arnon I, Lavie P, Klein E. Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. Am J Psychiatry 2002; 159: 855-7.

19.Besharat MA, Mohamadi Hasel K, Nikfarjam MR, Zabihzadeh A, Fallah M. A comparison of attachment styles in individuals with depression, anxiety disorders, and those without these disorders. Developmental Psychology: Iranian psychologists 2013; 9: 227-36. (Persian)
20.Alipour M, Lorestani F. Substance and post traumatic stress disorder (PTSD). 1st ed. Tehran: Janbazan Medical and Engineering Research Center 2005. (Persian)
21.Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, van Os J. Positive and negative beliefs about depressive rumination: A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cogn Ther Res 2010; 34: 196-205.
22.Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy. Translated by: Beyrami M, Khademi A. Tehran: Elm press 2010. (Persian)
23.Khademi A, Saif AA. The effects of metacognitive components instruction in reducing antisocial behaviors in youth of urmia central prison. J Res Behav Sci 2011; 9: 186-96. (Persian)
24.Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press 2011.
25.Moses LJ, Baird JA. Metacognition. The MIT encyclopedia of the cognitive sciences 1999: 533-5.
26.Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Transslated by: Bahrami F, Rezvan Sh. Esfahan: Mani press 2010. (Persian)
27.Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. J Behav Ther Exp Psy 2008; 39: 451-8.
28.Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. J Behav Ther Exp Psy 2004; 35: 307-18.
29.Rabie M, Salahian A, Kajbaf MB, Palahang H. Efficacy of Metacognitive Therapy in Reducing Thoughts Fusion in Outpatients with Body Dysmorphic Disorder. Ofogh-e-Danesh 2012; 18: 53-9. (Persian)
30.Bakhtavar E, Neshatdoust HR, Moulavi H, Bahrami F. Efficacy of meta cognitive behavioral therapy in reducing self punishment in patients with post traumatic stress disorder. J Res Behav Sci 2007; 5: 93-8. (Persian)
31.Andouz Z. Efficacy and effectiveness of wells'metacognitive model in treating a case of obsessive-compulsive disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2006; 12: 59-66. (Persian)
32.Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 5th ed. Tehran: Roshd Press 2006; 131. (Persian)
33.Rezaee M, Ahmadi Kh, Asgari A, Mirzaee PJ. Effect of emotion-focused couple therapy to improve the communication patterns of veterans with PTSD and their spouses. J Family Research 2010; 6: 43-58. (Persian)
34.Khodaii Ardekani Mr, Faraji S, Mirabzadeh A, Rezaie O, Kafashi M. Prazosin effects on clinical symptoms in combat related post traumatic stress disorder. Teb-e-Janbaz Iran J War Public Health 2011; 3; 54-62. (Persian)
35..Goodarzi MA. Evaluating reliability and validity of the mississipi scale for post-traumatic stress disorder in Shiraz. J Psychol 2003; 7: 153-78. (Persian)
36.Ahmadi K., Zarei A., Arabnia A. R. The Study of Effective Factors on Fmarital aladjusment Among Veterans with PTSD. J Mil Med 2006; 8: 165-74. (Persian)
37.Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther 2004; 42: 385-96.
38.Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi SMR. Comparison of Metacognitive and Responsibility Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2008; 14: 46-55. (Persian)
39.Shahgholian M, Azadfallah P, Fathi-Ashtiani A. Comparison of meta cognition components and cognitive failures by personality dimensions. J Behav sci 2012; 6: 125-30. (Persian)
40.Khoramdel K, Neshatdoust HT, Moulavi H, Amiri S, Bahrami F. Effect of wells' metacognitive therapy on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder. J Fundam Ment Health 2010; 12: 400-9. (Persian)
41.Bahadori MH, Jahanbakhsh M, Kajbaf MB, Faramarzi S. The effectiveness of meta-cognitive therapy on meta-cognitive beliefs and cognitive trust in patients with social phobia disorder. J clin psychol 2012; 4: 33-41. (Persian)

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 31-42
42.Gallagher B, Cartwright-Hatton S. The relationship between parenting factors and trait anxiety: mediating role of cognitive errors and metacognition. J Anxiety Disord 2008; 22: 722-33.
43.Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. J Anxiety Disord 1997; 11: 279-96.
44.Wilson JP, Zigelbaum SD. The Vietnam veteran on wal: The relation of post- traumatic stress disorder to criminal behavior. Behav Sci Law 1983; 1: 69-83.
45.Welch MR, Tittle CR, Yonkoski J, Meidinger N, Grasmick HG. Social integration, self-control, and conformity. J Quant Criminol 2008; 24: 73-92.
46.Dekel R, Goldblatt H, Keidar M, Solomon Z, Polliack M. Being a Wife of a Veteran with Posttraumatic Stress Disorder. Fam Relat 2005; 54: 24-36.
47.Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression.Translated by: Mohamadkhani Sh, Tehran: Varaye Danesh Press 2009; 29-154 and 207-48. (Persian)
48.Shams A, Bolhari J. Psychology education for prisoners. Tehran: Rahe Tarbiat Press 2007; 29. (Persian)
49.Moradi S,Taghvai D, Chehrei Sh. Effectiveness of Cognitive - Behavioral group therapy on Mental health of Imprisoned Women. J Police Med 2013; 2: 200-8. (Persian)

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۳۱-۴۲