

باورهای فراشناختی و سلامت روان در معلمان زن

فاطمه شهاوند^۱

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک (نویسنده مسئول)

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین مولفه های فراشناخت با سلامت روان معلمان زن شهرستان اندیمشک در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ انجام شده است. در این تحقیق ۳۲۵ معلم که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای از جامعه آماری مورد نظر برگزیده شده بودند، به عنوان گروه نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند. روش تحقیق از نوع همبستگی و برای سنجش متغیرهای تحقیق از ابزارهای اندازه گیری شامل فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت و پرسشنامه سنجش سلامت روانی افراد استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده ها شامل همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین مولفه های باورهای مثبت در مورد نگرانی و خودآگاهی شناختی با سلامت روان رابطه مثبت و بین مولفه های باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، اعتماد شناختی و باورها در مورد نیاز به کنترل افکار با سلامت روان رابطه منفی وجود دارد. سطح معناداری در این پژوهش $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شده است.

واژه های کلیدی: فراشناخت، سلامت روان، معلمان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

در جوامع امروزی نقش و اهمیت آموزش و پرورش به عنوان یکی از نهادهای اساسی هر جامعه ای بر همگان واضح و آشکار است و این امر، بسیار بدیهی است که یکی از ارکان اصلی آموزش و پرورش هر جامعه معلمان هستند. آینده هر تمدن به اندیشه پرتوان و سالم معلمان وابسته است و معلم جزء منابع انسانی اساسی جامعه محسوب می شود. معلمان با انسان هایی در حال رشد و تاثیرپذیر سر و کار دارند و دانش آموزان کاملا تحت تاثیر کلیت وجودی معلم قرار می گیرند. بنابراین هر گونه سرمایه گذاری برای شناخت گسترده سلامت معلم به ویژه سلامت روانی^۱ وی به نوعی به بهبود فرایند تعلیم و تربیت نسل آتی کمک خواهد کرد (آرانی و همکاران، ۱۳۹۲).

سلامتی در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان "نه تنها نبود بیماری یا معلولیت"، بلکه "حالت تندرستی، خوب و سر حال بودن از نظر جسمی، روانی و اجتماعی" تعریف شده است. در این تعریف سلامت روانی "چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی" می باشد (موسوی، موسوی و حاجیان، ۱۳۹۴). طبق آمار رسمی این سازمان، ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف از بیماری های شدید روانی رنج می برند و ۲۵۰ میلیون نفر بیماری خفیف روانی دارند. در ایران نیز این آمار از سایر کشورها کمتر نیست؛ به گونه ای که مطالعات همه گیرشناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران، دلالت بر متغیر بودن شیوع این اختلال از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد دارد (اکبری، نجفی و ندریان، ۱۳۹۶).

به طور کلی مهم ترین ابعاد سلامت، همان گونه که در پرسشنامه سلامت روانی به آن پرداخته شده است، علایم خلقی، علایم اضطرابی، علایم شغلی و علایم جسمانی است. این چهار حیطه شایع ترین اختلالات روانی را همراه با تاثیرشان در عملکرد شخص ارزیابی می کند (ژلی^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

عوامل مختلفی وضعیت بهداشت روانی افراد جامعه را تحت تاثیر قرار می دهند و معلمان نیز از این قاعده مستثنی نیستند، از جمله، محیط، خانواده، وضعیت جسمی و امثال آن. اما در کنار این مسائل، عوامل دیگر نیز می تواند موجبات مشکل روانی برای این قشر را فراهم سازد. در سال های اخیر فراشناخت^۳ به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلالات روان شناختی مورد بررسی قرار گرفته است و در زمینه سلامت روان، جایگاه ویژه ای را به خود اختصاص داده است، فراشناخت به ساختارهای روانشناختی، دانش و فرایندهایی که درگیر کنترل، اصلاح و تعبیر افکارند اطلاق می شود. هر گونه دانش و یا فعالیت شناختی که کنترل شناختی را در بر می گیرد و یا یک فعالیت شناختی را نظم می دهد، تعریف دیگری از فراشناخت است. در واقع فراشناخت مجموعه اطلاعاتی است که فرد از نظام شناختی خود دارد. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل دچار مشکلات مربوط به سلامت روان می شوند که فراشناخت آن ها به الگوی خاصی از پاسخ دهی به تجربه های درونی منجر می شود که این امر موجب تداوم باورهای منفی و در نتیجه مشکلات روانی می گردد (یاریاری، کشاورزی و رسولی، ۱۳۹۴).

فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در بر گیرنده ی دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کنند. با توجه به اینکه شناخت و فراشناخت با یکدیگر مرتبط هستند، فراشناخت یک سیستم نظارتی است که کمک می کند تا یک فرد عملکرد شناختی خود را درک و کنترل کند (جاوو و ونسون^۴، ۲۰۱۴). اغلب نظریه پردازان بین

^۱ - Mental Health

^۲ - Gelaye

^۳ - Metacognitive

^۴ - Jaewoo & Woonsun

دو جنبه از فراشناخت، یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قائل شده اند. نظارت فراشناختی به دامنه ای از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (منجم و ابراهیمی، ۱۳۹۵).

کارترایت - هاتون^۵ و ولز جهت ارزیابی روان سنجی افکار و باورهای فراشناختی پرسشنامه ی فراشناختی را در پنج بعد؛ باورهای مثبت درباره ی زندگی، باورهای منفی درباره ی نگرانی که تمرکزشان بر غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی است، اعتماد شناختی کم، باورهای منفی در مورد افکار که این باورها شامل مواردی مانند تنبیه و مجازات هستند و خودآگاهی شناختی، طراحی کرده اند (شاهقیان و همکاران، ۱۳۹۱).

باوجود پژوهش های متعدد در زمینه ی سلامت روان، پژوهش های اندکی وجود دارد که به ارتباط مولفه های فراشناخت با سلامت روان پرداخته باشند. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط باورهای فراشناختی با سلامت روان و پیش بینی سلامت روان بر اساس مولفه های فراشناختی در معلمان انجام گرفته است.

خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۸)، تحقیقی نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه تحت عنوان «تاثیر درمان فراشناختی بر شاخص های سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی» از میان مراجعه کنندگان کلینیک قلب قائم شهر انجام دادند، به این نتایج دست یافتند که؛ درمان فراشناختی می تواند درمان مناسبی جهت افزایش سلامت عمومی و خودکارآمدی بیماران باشد.

کاوسی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی تحت عنوان «بررسی رابطه باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی» که بر روی ۵۰ زن مبتلا به سرطان به عنوان گروه مورد و ۵۰ زن فاقد مبتلا به سرطان به عنوان گروه شاهد که از نظر جنس و سن همسان و مراجعه کننده بیمارستان ۵ آذر گرگان بودند، به این نتایج دست یافتند که: بین باورهای فراشناختی با سلامت روان رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد و با توجه به اهمیت و ضرورت آگاهی های فراشناختی، در نظر گرفتن این راهبرد در برنامه های آموزشی و مداخلات روانشناختی، می توان در بهبود وضعیت سلامت روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی موثر باشد.

منجم و سادات ابراهیمی (۱۳۹۵)، در پژوهشی تحت عنوان «رابطه باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی و پذیرش و عمل با سلامت عمومی دانشجویان» که در میان ۳۰۰ نفر از دانشجویان (۱۷۶ دختر و ۱۲۴ پسر) از بین دانشجویان دانشگاه پیام نور استان قم به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای از میان سه دانشکده دانشگاه انتخاب شدند به این نتایج دست یافتند که پیش بینی سلامت روانی دانشجویان بر اساس باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی و اجتناب از تجارب هیجانی، در مورد اجتناب از تجارب هیجانی و باوهای فراشناختی معنادار است.

پاروال و فیشر^۶ (۲۰۱۸)، در تحقیقی به بررسی سهم باورهای فراشناختی در میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت پرداختند. آنها از این تحقیق که در میان ۶۱۴ نفر مبتلا به دیابت انجام شده بود، دریافتند که باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا مرتبط است و مولفه ی باورهای منفی درباره ی نگرانی که تمرکزشان بر غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی است، نسبت به سایر مولفه ها معناداری بیشتری دارد.

مایر، بک و رئید^۷ (۲۰۱۰)، در پژوهش خود که در میان ۷۱ فرد مبتلا به اختلال ناهنجاری و ۸۶ نفر بهنجار، در ارتباط با رابطه ی مولفه های فراشناختی و بهزیستی روانشناختی بود به این نتیجه رسیدند که؛ فراشناخت و مولفه های آن از مولفه هایی می باشند که ارتباط معناداری با بهزیستی روانشناختی دارد و می تواند پیش بینی کننده میزان بهزیستی روانشناختی افراد باشد.

^۵ - Wright card - Hatton

^۶ - Purewal & Fisher

^۷ - Mayer, Beck & Riede

سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بین باورهای فراشناختی و سلامت روان رابطه‌ی معناداری وجود دارد؟ سوالات فرعی پژوهش این است که آیا بین باورهای مثبت در مورد نگرانی و سلامت روان، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار و سلامت روان، اعتماد شناختی و سلامت روان، باورها در مورد نیاز به کنترل افکار و سلامت روان و خودآگاهی شناختی و سلامت روان رابطه‌ی معناداری وجود دارد؟

روش

این پژوهش توصیفی و از نوع پژوهش های همبستگی است. جامعه‌ی آماری تمام معلمان زن شهرستان اندیمشک در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ می باشد که جمعیت آن ها ۱۵۲۰ نفر می باشد. با توجه به اینکه حجم جامعه ۱۵۲۰ نفر می باشد و مطابق با جدول مورگان حجم نمونه برابر با ۳۲۵ نفر می باشد که از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله انتخاب شده است.

پرسشنامه سنجش سلامت روانی افراد (GHQ)^۸ که توسط گلدبرگ^۹ ساخته شده است برای بررسی سلامت روان مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ و به منظور سرند اختلالات روانی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی تدوین شده است. این پرسشنامه از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانشناختی برخوردار است. نسخه اصلی این پرسشنامه ۶۰ سوال است، نسخه های کوتاه تری از این پرسشنامه نیز طراحی شده است که یکی شامل ۱۲ سوال و دیگری شامل ۲۸ سوال می باشد. بنجامین، دکلامر و هاران^{۱۰} (۱۹۸۳)، توصیه نموده اند که به منظور صرفه جویی در وقت و هزینه در پژوهش های مهم از فرم کوتاه ۲۸ ماده ای این پرسشنامه استفاده شود. در این پرسشنامه از فرد خواسته می شود تا تغییرات در خلق، احساسات و رفتار را در ۴ هفته اخیر بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرت گزارش دهد. در این پرسشنامه هر ماده دارای ۴ گویه اصلا، در حد معمول، بیش از حد معمول و به مراتب بیش از حد معمول است که به ترتیب نمره ی ۱، ۲، ۳ و ۴ می گیرند. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. بنابراین دامنه نمرات هر آزمودنی از صفر تا ۸۴ متغیر است و کسب نمره بالاتر، نشانه وجود اختلال شدیدتر در سلامت روان است. این پرسشنامه دارای ۴ خورده مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. پایایی پرسشنامه را با ۳ روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار دادند که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه ی روایی آن نیز ۳ روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس های پرسشنامه با نمره ی کل و تحلیل عوامل استفاده کردند.

فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MSQ-۳۰) به منظور سنجش باورهای فراشناختی و تفاوت های بین فردی در مورد باورهای مثبت و منفی نسبت به نگرانی و افکار مزاحم، توسط ولز و کارت رایت - هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است. دلیل دیگر برای ساخته شدن این پرسشنامه، نظارت فراشناختی و قضاوت بر روی کارآمدی شناختی است. این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده ها به صورت چهارگزینه ای (از موافقی نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می دهد. پرسشنامه فراشناخت ۵ مقیاس دارد که عبارتند از: ۱- باورهای مثبت در مورد نگرانی ۲- اعتماد شناختی ۳- خودآگاهی شناختی ۴- باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار ۵- باورها در مورد نیاز به کنترل افکار. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب - صفت - حالت اسپیل برگر (r=۰/۵۳) پرسشنامه نگرانی حالت بین (r=۰/۵۴) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری - عملی پادوا (r=۰/۴۹) معنادار است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است (شیرین زاده، ۱۳۸۷).

^۸ - general health questions

^۹ - kohlberg

^{۱۰} - Benjamin, Declammer and Haran

در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه پرسشنامه ها توزیع گردید که برای پرسشنامه باورهای فراشناخت برابر ۰/۸۷۸، پرسشنامه سلامت روان برابر ۰/۹۵۸ می باشد و چون از مقدار ۰/۷ بیشتر است پس می توان ادامه تحقیق را با نمونه بیشتری از جامعه با نتایج لازم مطلوب دانست.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق از روشهای آماری زیر با استفاده از نرم افزار spss استفاده شده است:

۱- روشهای آمار توصیفی مانند جدول فراوانی و درصد و نمودار ستونی، میانگین و انحراف معیار.

۲- آمار استنباطی شامل آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره می باشد.

جهت تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از نرم افزار کامپیوتری «SPSS» استفاده شده است. ضمناً سطح معنی داری $\delta = 0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته ها

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی های نمونه و همچنین جدول فراوانی و درصد می باشد که برای متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص های مرکزی و پراکندگی نمره باورهای فراشناختی و سلامت روان

شاخص های توصیفی در معلمان زن

تعداد	ت	میانگین	انحراف	کمتر	بیشتر
	ن	معیار	ین نمره	ین نمره	ین نمره
۲۵	۳	۱۹/۳۰	۱۵/۹۸	۵	۷۵
۲۵	۳	۱۷/۰۶	۴/۶۵	۸	۲۴
۲۵	۳	۱۵/۷۹	۳/۹۷	۷	۲۴
۲۵	۳	۱۳/۹۳	۵/۳۰	۶	۲۴
۲۵	۳	۱۴/۷۳	۲/۷۷	۶	۲۲
۲۵	۳	۲۱/۶۱	۳/۸۹	۸	۲۸

باورهای فراشناختی

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار سلامت روان معلمان زن شهرستان اندیمشک (۱۹/۳۰ و ۱۵/۹۸)، میانگین و انحراف معیار باورهای مثبت در مورد نگرانی معلمان زن (۱۷/۰۶ و ۴/۶۵)، میانگین و انحراف معیار باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار معلمان زن (۱۵/۷۹ و ۳/۹۷)، میانگین و انحراف معیار اعتماد شناختی معلمان زن (۱۳/۹۳ و ۵/۳۰)، میانگین و انحراف معیار باورها در مورد نیاز به کنترل افکار معلمان زن شهرستان (۱۴/۷۳ و ۲/۷۷)، میانگین و انحراف معیار خودآگاهی شناختی معلمان زن (۲۱/۶۱ و ۳/۸۹) می باشد.

جدول ۲: همبستگی پیرسون بین باورهای فراشناختی و سلامت روان معلمان زن

ز	تیمه آزمون	عدد	خطا (δ)	سلامت روان			متغیر ملاک (وابسته)
				ض ضرب همبستگی پیرسون (r)	س رابطه معناداری (P)	ط خطا (δ)	متغیر پیش بین (مستقل)
ر	H_0	۲۵	۰/۵	۰/۰۱	۰/۷۲	-۰/۲۷۰**	باورهای مثبت در مورد نگرانی
ر	H_0	۲۵	۰/۵	۰/۰۱	۰/۴۷	۰/۳۸۴**	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار
ر	H_0	۲۵	۰/۵	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۳۳۲**	اعتماد شناختی
ر	H_0	۲۵	۰/۵	۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۴۳۶**	باورها در مورد نیاز به کنترل افکار
ر	H_0	۲۵	۰/۵	۰/۰۱	۰/۶۸	-۰/۲۶۲**	خودآگاهی شناختی

** معناداری در سطح ۰/۰۱ * معناداری در سطح ۰/۰۵

براساس جدول ۲ ملاحظه می شود، مقدار آزمون همبستگی پیرسون ($r = -0.270$ و $p = 0.001$) بین باورهای مثبت در مورد نگرانی با سلامت روان معلمان زن در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. مقدار آزمون همبستگی پیرسون ($r = 0.384$ و $p = 0.001$) بین باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار با سلامت روان معلمان زن در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. مقدار آزمون همبستگی پیرسون ($r = 0.332$ و $p = 0.001$) بین اعتماد شناختی با سلامت روان معلمان زن در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. مقدار آزمون همبستگی پیرسون ($r = 0.436$ و $p = 0.001$) بین باورها در مورد نیاز به کنترل افکار با سلامت روان معلمان زن در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. مقدار آزمون همبستگی پیرسون ($r = -0.262$ و $p = 0.001$) بین خودآگاهی شناختی با سلامت روان معلمان زن در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی چندگانه باورهای فراشناختی و سلامت روان

ضریب رگرسیون (E)					نسبت F	مبتستگی چندگانه	شاخص های آماری	stepwise	تغییر ملاک
S	t	B	eta	B					
ig(p)						S	M	R	
۰	۷۱**	۴	۰/۳۶	۵	۹۵**	۴			سلامت روان
۰/۰۱		۸/		۲/۱	F= ۷۵/۱	۰/۹۰	۰/۳۶	باورها در مورد نیاز به کنترل افکار	
					p=			گام اول	
۰	۷۸**	۵	۰/۵۰	۱	۳۹**	۶			سلامت روان
۰/۰۱		۱۲/		۳/۷	F= ۶۳/۴	۰/۴۲	۰/۶۵	باورها در مورد نیاز به کنترل افکار	
					p=			گام دوم	
۰	۵۴**	۱	-۰/۹۸	۸				خودآگاه ی شناختی	سلامت روان
۰/۰۱		-۴/		۰/۱۲					
					p=				
۰	۲۰**	۳	۰/۶۵	۱	۲۴**	۷			سلامت روان
۰/۰۱		۷/		۲/۰	F= ۶۴/۵	۰/۰۲	۰/۰۸	باورها در مورد نیاز به کنترل افکار	
					p=			خودآگاه ی شناختی	
۰	۴۷**	۳	-۰/۷۶	۵				باورهای منفی	سلامت روان
۰/۰۱		-۷/		-۱/۴					
					p=				
۰	۱۷**	۳	۰/۵۰	۴					سلامت روان
۰/۰۱		۶/		۱/۰					
					p=				
۰	۴۹**	۳	۰/۳۷	۹					سلامت روان
۰/۰۱		۶/		۱/۴				باورها در مورد نیاز به کنترل افکار	
					p=			خودآگاه ی شناختی	
۰	۸۰**	۴	-۰/۱۴	۶	۹۱**	۷			سلامت روان
۰/۰۱		-۷/		-۱/۹	F= ۵۴/۵	۰/۰۹	۰/۱۳	باورهای منفی	
					p=				
۰	۵۸**	۲	۰/۸۹	۱					سلامت روان
۰/۰۱		۴/		۱/۶				باورهای اعتماد	
					p=			شناختی	
۰	۱۵*	۱	۰/۳۱	۳					سلامت روان
۰/۳۲		۲		۰/۹۴					

۰	۷۳**	۳	۷				باورها در
	۰/۰۱	۵/	۰/۰۵	۱/۵			مورد نیاز به کنترل افکار
۰	۰/۰۸**	۲	۰				خودآگاه
	۰/۰۲	-۳/	-۰/۵۵	-۱/۴	۷۴**		ی شناختی
					$F=۴۸/۷$		
۰	۹۵**	۲	۲				باورهای منفی
	۰/۰۱	۳/	۰/۵۴	۱/۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۲۰
					$p=$		
۰	۰/۰۴**	۲	۶				اعتماد شناختی
	۰/۰۳	۳/	۰/۰۵	۰/۱۶			
۰	۰/۵۰*	۲	۷				باورهای مثبت
	۰/۱۳	-۲	-۰/۰۶	-۰/۰۷			

طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش مرحله‌ای (stepwise) متغیر باورها در مورد نیاز به کنترل افکار در گام اول و باورها در مورد نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی در گام دوم و باورها در مورد نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار در گام سوم و باورها در مورد نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری، خطر افکار و باورها در مورد نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری، خطر افکار، اعتماد شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی در گام پنجم به عنوان پیش بینی کننده برای سلامت روان معلمان زن قرار دارند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده بین باورهای فراشناختی و سلامت روان رابطه‌ی معناداری وجود دارد. در بین مولفه‌های تحقیق بین دو مولفه‌ی باورهای مثبت در مورد نگرانی و خودآگاهی شناختی با سلامت روانی فرد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بدین صورت که هرچه باورهای مثبت در مورد نگرانی بالاتر باشد، افزایش سلامت روان معلمان را به همراه خواهد داشت. هر چه خودآگاهی شناختی بالاتر باشد، افزایش سلامت روان را به همراه خواهد داشت. رابطه‌ی سه مولفه‌ی دیگر باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، اعتماد شناختی و باورها در مورد نیاز به کنترل افکار به صورت معکوس می باشد. بدین صورت که هرچه باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار معلمان زن بالاتر باشد، کاهش سلامت روان آنان را به همراه خواهد داشت. هرچه اعتمادشناختی معلمان بالاتر باشد، کاهش سلامت روان آنها را به همراه خواهد داشت و هرچه باورها در مورد نیاز به کنترل افکار بالاتر باشد، سلامت روان معلمان کمتر است.

پاروال و فیشر (۲۰۱۸)، در تحقیقی به بررسی سهم باورهای فراشناختی در میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت پرداختند. آنها از این تحقیق که در میان ۶۱۴ نفر مبتلا به دیابت انجام شده بود، دریافتند که باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا مرتبط است و مولفه‌ی باورهای منفی درباره‌ی نگرانی که تمرکزشان بر غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی است، نسبت به سایر مولفه‌ها معناداری بیشتری دارد در حالی که در پژوهش حاضر این مولفه سومین مولفه‌ی تاثیرگذار بوده است. بیشترین معناداری مربوط به مولفه‌ی باورها در مورد نیاز به کنترل افکار می باشد. در پژوهش

فوق رابطه ی باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است در حالی که در پژوهش حاضر هدف بررسی ارتباط میان باورهای فراشناختی با سلامت روان بوده است.

کاوسی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی تحت عنوان «بررسی رابطه باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی» که بر روی ۵۰ زن مبتلا به سرطان به عنوان گروه مورد و ۵۰ زن فاقد مبتلا به سرطان به عنوان گروه شاهد که از نظر جنس و سن همسان و مراجعه کننده بیمارستان ۵ آذر گرگان بودند، به این نتایج دست یافتند که: بین باورهای فراشناختی با سلامت روان رابطه ی معناداری وجود دارد. این پژوهش یکی از راه های افزایش کیفیت زندگی در بیماران را باورهای فراشناختی مثبت عنوان کرد. به نظر می رسد که نگرانی و عدم توانایی در کنترل افکار می تواند حیطه های اجتماعی، روانی و جسمی بیماران مبتلا به سرطان را دچار مشکل نماید. در پژوهش فوق همانند پژوهش حاضر تاثیر معکوس مولفه های منفی فراشناخت نشان داده شده است. پژوهش فوق بر روی بیماران سرطانی و پژوهش حاضر بر روی معلمان زن صورت گرفته است.

منجم و سادات ابراهیمی (۱۳۹۵)، در پژوهشی تحت عنوان «رابطه باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی و پذیرش و عمل با سلامت عمومی دانشجویان» که در میان ۳۰۰ نفر از دانشجویان (۱۷۶ دختر و ۱۲۴ پسر) از بین دانشجویان دانشگاه پیام نور استان قم به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای از میان سه دانشکده دانشگاه انتخاب شدند به این نتایج دست یافتند که پیش بینی سلامت روانی دانشجویان بر اساس باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی و اجتناب از تجارب هیجانی، در مورد اجتناب از تجارب هیجانی و باورهای فراشناختی معنادار است. در این پژوهش اشاره شده است که افزایش در آسیب شناسی روانی با تعداد باورهای فراشناختی منفی بیشتر مرتبط است. این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همسو می باشند و تفاوت این دو در جامعه ی مورد تحقیق می باشد.

منابع

۱. آرانی، مجید؛ آسایش، حمید؛ علی اکبرزاده آرانی، زهرا؛ زارع سروی، علی. (۱۳۹۲). مقایسه سلامت روانی معلمان دانش آموزان عادی با معلمان دانش آموزان استثنایی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. دوره ۱۱، شماره ۱۲، صص ۹۶۰-۹۵۵، ص ۱.
۲. اکبری، مریم؛ نجفی، ساریسا؛ ندریان، حیدر. (۱۳۹۶). رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی درک شده با سلامت روان زنان در شهر سنندج: مطالعه ای مبتنی بر جامعه. فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دوره ۵، شماره ۳، صص ۱۶۳-۱۵۵، ص ۱۵۷.
۳. خسروشاهی، حسین؛ میرزائیان، بهرام؛ حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۸). تاثیر درمان فراشناختی بر شاخص های سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی. مجله مطالعات ناتوانی. دوره نهم، صفحه ۶۲.
۴. شاهقلیان، مهناز؛ آزادفلاح، پرویز؛ فتی آشتیانی، علی. (۱۳۹۱). مقایسه مولفه های فراشناخت و نارسایی های شناختی براساس ابعاد شخصیتی. مجله علوم رفتاری. دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۳۰-۱۲۵.
۵. شیرین زاده، ص. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواس اجباری، اضطراب منتشر و افراد نرمال. روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران. سال چهاردهم، صص ۴۶-۵۵، ص ۱.

۶. کاوسی، علی؛ معینی قمچینی، وحید؛ بیکی، فروغ؛ خلیلی، غلامرضا؛ محمدی، غلامرضا؛ بیکی، فریبا و ثناگو، اکرم. (۱۳۹۶). بررسی رابطه باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی. نشریه پژوهش پرستاری ایران. دوره ۱۲، شماره ۱.
۷. منجم، عارفه؛ ابراهیمی، مرضیه سادات. (۱۳۹۵). رابطه باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی و پذیرش و عمل با سلامت عمومی دانشجویان. مجله طب انتظامی، دوره ۶، شماره ۱، صص ۳۱-۴۲، ص ۳۳.
۸. موسوی، سیدغفور؛ موسوی، سیده حکیمه؛ حاجیان، احمدرضا. (۱۳۹۴). چه کسی از سلامت روانی برخوردار است، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی اصفهان، چاپ اول.
۹. یاریاری، فریدون؛ کشاورزی، فاطمه؛ رسولی، علی. (۱۳۹۴). نقش باورهای فراشناختی و نگرش به روابط قبل از ازدواج در پیش بینی رفتارهای پرخطر نوجوانان. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره نهم، شماره دوم، صص ۳۳-۲۵، ص ۲۷.

۱۰. Gelaye B, Tadesse MG, Lohsoonthorn V, Lertmeharit S, Pensuksan WC, Sanchez SE, et al. Psychometric properties and factor structure of the General Health Questionnaire as a screening tool for anxiety and depressive symptoms in a multi-national study of young adults. *Journal of affective disorders*. ۵۱۱۵; ۱۸۷:۱۹۷-۲۰۲.
۱۱. Jaewoo, Choi & Woonsun, Kang (۲۰۱۴). Korean vocational secondary school students' metacognition and lifelong learning. *Social & Behavioral Sciences*, ۱۱۶, ۳۹۱۹-۳۲۲۳.
۱۲. Purewal, R & Fisher P (۲۰۱۸). The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, ۱۰, ۱۰۱۶/j.diabres. ۲۰۱۷, ۱۱, ۰۲۹
۱۳. Meyer, R. Beck, B & Riede, K. (۲۰۰۰). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, ۴۱, ۵۴۷-۵۵۱.