



Original Research

Predicting Anxiety Symptoms of Parents with Autistic Children Based on Spirituality, Metacognitive Beliefs and Emotion Regulation

Sara Rahnama^{1*}, Shahrbanoo Haghighat²

1. Master of Psychology (Exceptional Children's Tendency), Firoozabad Branch, Islamic Azad University, Firoozabad, Iran
2. PhD in Philosophy of Education and Assistant Professor, Firoozabad Branch, Islamic Azad University, Firoozabad, Iran

ARTICLE INFO

Received: 2022/07/16
Reviewed: 2022/08/11
Revised: 2022/08/21
Accepted: 2022/09/05

Keyword:

Depression
Autism
Metacognitive Beliefs
Emotion Regulation
Spirituality

ABSTRACT

Introduction & Purpose: Considering the negative psychological effects of autistic children on parents, the present study was conducted with the aim of predicting the anxiety symptoms of parents with autistic children based on spirituality, metacognitive beliefs and emotion regulation.

Methodology: The current research was a descriptive study and a correlational design. A sample of 290 people was selected from among the statistical population of the research, including all parents (mothers and fathers) of autistic children in Shiraz city who refer to welfare centers and have a file in education and upbringing, using the available sampling method and including the entry and exit criteria for the research. Became. The research data were analyzed using descriptive (mean, standard deviation, graphs, etc.) and inferential (correlation and simultaneous regression) statistics to investigate the relationships between the research variables using spss-22 statistical software.

Results: The results showed that spirituality, metacognitive beliefs and emotion regulation had a significant ability to predict parental anxiety. Correlation results also indicated a significant relationship between anxiety variable and dependent variables.

Conclusion: According to the results of the present study, it is suggested to use the variables of spirituality, metacognitive beliefs and emotion regulation in the design of educational and therapeutic programs for parents with autistic children.



پیش بینی نشانه های اضطراب والدین دارای کودک اوتیسم بر اساس معنویت، باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان

سارا رهنما^{۱*}، شهربانو حقیقت^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی (گرایش کودکان استثنایی)، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران

۲. دکترای مبانی فلسفی تعلیم و تربیت و استادیار، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزآباد، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه و هدف: با توجه به تأثیرات منفی روانشناختی کودکان اوتیسم در والدین، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب والدین دارای کودک اوتیسم بر اساس معنویت، باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان انجام شد.

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۵

تاریخ داوری: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰

بازنگری مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۳۰

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۱۴

روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی و از طرح‌های همبستگی بود. از بین جامعه آماری پژوهش شامل کلیه والدین (مادر و پدر) دارای کودک مبتلا به اوتیسم در شهر شیراز مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی و دارای پرونده در آموزش و پرورش، نمونه‌ای به تعداد ۲۹۰ نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس و لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، نمودارها و...) و استنباطی (همبستگی و رگرسیون همزمان) برای بررسی ارتباطات بین متغیرهای پژوهش توسط نرم‌افزار آماری SPSS-22 تحلیل شدند.

کلید واژگان

افسردگی

اوتیسم

باورهای فراشناختی

تنظیم هیجان

معنویت

نتایج: نتایج نشان داد که بین معنویت، باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان توانایی معناداری برای پیش‌بینی اضطراب والدین را داشتند. نتایج همبستگی نیز حاکی از رابطه معنادار بین متغیر اضطراب با متغیرهای وابسته بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود از متغیرهای معنویت، باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان در طراحی برنامه‌های آموزشی و درمانی والدین دارای فرزند اوتیسم استفاده شود.

مقدمه

والدین دارای کودکان اوتیسم از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند. از اینرو شناخت عوامل موثر و مرتبط در اضطراب این والدین علاوه بر درک آسیب‌شناسی وضعیت روانی آنان می‌تواند در طراحی و مداخلات آموزشی مورداستفاده قرار گیرد. یکی از عوامل موثر در اضطراب، تنظیم هیجان می‌باشد (سیسلر، اولتنجی، فلدنر و فورسیت^۸، ۲۰۱۰). تنظیم هیجان دارای ابعاد و جنبه‌های مختلفی است. راهبردهای تنظیم هیجان از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های پاسخگویی افراد به هیجانات شخصی‌شان می‌باشد و افزایش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه با آسیب‌شناسی و رشد و تداوم اختلالات ارتباط دارد. تنظیم هیجان شامل آگاهی، فهم و پذیرش و مدیریت هیجانات است، همان‌طور که توانایی تعدیل پاسخ به هیجان را نیز در برمی‌گیرد (گراتز، و رومر^۹، ۲۰۰۴).

از دیگر عوامل مرتبط که می‌تواند بر اضطراب اثر بگذارد، معنویت می‌باشد، شخصیت انسان واجد حیطه معنوی است، و افراد زمانی از زندگی خود بهتر بهره می‌برند که بر طبق اصولی کلی زندگی کنند که رشد و تحول معنوی را تشویق می‌کند، آن‌ها هویت معنوی را بیان می‌کنند و آن را نوعی احساس شخصی رشد در ارتباط با خدا و جایگاه فرد در جهان تعریف می‌کنند، اکثر پژوهش‌های بنیادی روابط مثبتی را بین افزایش معنویت و پیامدهای سلامتی بیشتر را، نشان داده‌اند (بناب، حکیمی راد و حبیبی^{۱۰}، ۲۰۱۰). از دیگر عوامل دخیل در سلامت روان باورهای فراشناختی است. فراشناخت اصطلاحی است که اولین بار توسط فلاول^{۱۱} (۱۹۷۶) در زمینه حافظه به کار برده شد. فلاول، فراشناخت را شناخت درباره شناخت می‌دانست یا به‌طور کلی، فراشناخت را دانش و کنترل شناخت تعریف کرد. باورهای فراشناخت عواملی هستند که بر شیوه‌ی پاسخ‌دهی فرد به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی تاثیر می‌گذارند. باورهای فراشناختی نیروی پنهان برانگیزنده سبک تفکر زیان‌بار هستند که به ناراحتی هیجانی درازمدت منجر می‌شوند (ولز^{۱۲}، ۲۰۰۹).

اگرچه اختلال اوتیسم با وقوع تنها ۵ تا ۱۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰ تولد، تقریباً اختلال کمیابی است (فری^{۱۳}، ۲۰۱۶)، اما به علت ناتوانی و خللی که در رشد مهارت‌های ارتباطی، عاطفی، تعاملی، کلامی و شناختی افراد مبتلا ایجاد می‌کند و به دلیل اینکه تقریباً تمامی اعضای خانواده، بخصوص والدین درگیر مسائل ناشی از این بیماری می‌شوند و به‌نوعی برای آنان

یکی از وخیم‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان، اختلال اوتیسم^۱ است. اختلال اوتیسم یک اختلال رشدی-عصبی است که با آسیب‌های سه‌گانه در تکامل اجتماعی، رفتارهای تکراری و ارتباطی همراه است (گاندزاد، والتز و راگی^۲، ۲۰۱۸). به‌عبارت‌دیگر، اوتیسم نوعی اختلال رشدی است که با نقص در ارتباطات و تعاملات اجتماعی مشخص می‌شود. علائم این اختلال تا پیش از سه‌سالگی بروز می‌کند و ارتباط با دیگران و دنیای خارج را متفاوت می‌سازد (مارتین، بونیتو، آندراد، البرکرک و چاوس^۳، ۲۰۱۵). این اختلال، ارتباط با دیگران و دنیای خارج را متفاوت می‌سازد. ملاک‌های تشخیصی اوتیسم شامل دو حوزه است: نخست، حوزه تعامل و ارتباط اجتماعی و دوم، علایق و فعالیت‌های تکراری و محدود. نشانه اصلی اوتیسم، نارسایی در برقراری ارتباط معمولی، با اشخاص و موقعیت‌ها و یک تنهایی‌گرایی افراطی است که موجب بی‌اعتنایی و بی‌توجهی نسبت به همه چیزهایی می‌شود که منبع بیرونی دارند و در صورت تماس اجباری با فرد باعث بروز واکنش‌های خشونت آمیزی به‌صورت افزایش کناره‌گیری، حرکت‌های قالبی، ناآرامی توأم با برانگیختگی و حتی خودویرانگری می‌شود. ارتباط با کودکان دیگر وجود ندارد یا آنکه شبیه به ارتباطی است که با بزرگسالان برقرار می‌کند (ماستون و ویلیامز^۴، ۲۰۱۵).

والدین بعد از ظهور نشانه‌های اختلال اوتیسم، به تدریج متوجه تفاوت‌های فرزند خود با سایر کودکان هم سن و سالش می‌شوند و هنگامی که با تشخیص اوتیسم مواجه می‌شوند، هیجانات منفی گسترده‌ای نظیر احساس شکست، غم، انکار، اضطراب، سرگردانی یا حتی احساس گناه را تجربه می‌کنند (بروکمن^۵، ۲۰۰۶). به‌وفور نشانه‌ای اضطراب را در این والدین مشاهده نمود (رزنده و کارسپا^۶، ۲۰۱۱)، وجود این کودکان باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، بر شغل مادر تأثیر منفی دارد، زیرا باعث عدم پیشرفت در کار به دلیل وقت و انرژی کم می‌شود و در مواردی باعث رها کردن کار توسط مادر به دلیل مسئولیت‌های زیاد در خانه که به خاطر مراقبت از فرزند اوتیسم افزایش می‌یابد، می‌گردد. داشتن کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم باعث افسردگی، پریشانی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت و تغییر در تعاملات اجتماعی در والدین آن‌ها می‌شود (چارس و لیسلی^۷، ۲۰۱۷).

8 Cisler, Olatunji, Feldner & Forsyth

9 Gratz and Roemer

10 Bonab, Hakimirad & Habibi

11 Flovell

12 Wells

13 Frye

1 Autism

2 Ghanadzade, Waltz & Ragi

3 Martins, Bonito, Andrade, Albuquerque & Chaves

4 Matson & Williams

5 Brookman

6 Rezende & Scarpa

7 Cohrs & Leslie

پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و ایسون

(۱۹۸۲): این پرسشنامه که ۱۰ سؤال اول آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دوم، سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هرکدام به تفکیک ۱۰-۶۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به‌دست‌آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره به‌دست‌آمده، بیشتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌باشد. در سؤالات منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام می‌گیرد و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی می‌شود (پولوتزین و ایسون (۱۹۸۲)). در پژوهش‌های الهه بخشیان، جعفرپور علوی، پرویزی و حطانی (۱۳۸۹) و رضایی، سیدفاطمی و حسینی (۱۳۸۷) روایی این پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوایی تأیید شده است، همچنین پایایی آن در این دو پژوهش از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است. در بررسی دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس ۰/۹۰ و با روش بازآزمایی ۰/۸۵ بدست آمده است.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱ (DASS): این مقیاس ۲۱ سوالی در سال ۱۹۹۵ توسط لویباند^۲ و لویباند ساخته شده و سه مولفه اضطراب (سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰)، افسردگی (سوالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱) و استرس (سوالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸) را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمرات هر مولفه بین ۷ تا ۲۱ قرار می‌گیرد، و نمرات بیشتر نشانگر وجود مشکلات بیشتر، اضطراب، افسردگی یا استرس می‌باشد. پژوهش‌های فراوانی برای دستیابی به پایایی و روایی این مقیاس صورت گرفته است. همبستگی این مقیاس با BDI و پرسشنامه اضطراب بک بسیار بالاست. ضریب آلفا برای این مقیاس در یک نمونه ۷۱۷ نفری به شرح زیر به دست آمده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵). در داخل کشور نیز ضریب آلفای این مقیاس در یک نمونه جمعیت عمومی برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و برای استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین برای محاسبه روایی آن از روش ملاکی استفاده شد بدین صورت که ضریب همبستگی BDI، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاس‌های آزمون مذکور به ترتیب برای افسردگی ۰/۷۰، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ بدست آمده است (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴).

منبع تنش و استرس شده و بر سلامت روان آنان تأثیر می‌گذارد انجام چنین پژوهشی ضروری می‌باشد. لذا با توجه به مطالب مطرح‌شده هدف از پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا معنویت، باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب والدین دارای کودک اوتیسم می‌باشد؟

روش تحقیق

نوع پژوهش حاضر از مطالعات توصیفی و از طرح‌های همبستگی بود. در پژوهش حاضر جامعه‌ی مورد مطالعه، شامل کلیه والدین (مادر و پدر) دارای کودک مبتلابه اوتیسم در شهر شیراز مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی و دارای پرونده در آموزش و پرورش به تعداد ۱۲۰۰ نفر (تا اسفندماه ۱۳۹۷) بودند که از این میان با توجه به جدول نمونه‌گیری مورگان به تعداد ۲۹۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس (۱۴۵ پدر و ۱۴۵ مادر) و لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج شامل وجود یک فرزند مبتلابه اوتیسم، زندگی مشترک والد در کنار هم، حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، نمودارها و...) و استنباطی (همبستگی و رگرسیون همزمان) برای بررسی ارتباطات بین متغیرهای پژوهش توسط نرم‌افزار آماری spss-22 تحلیل شدند.

ابزار

پرسشنامه تنظیم هیجان: این مقیاس توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه شده است؛ مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (سوالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰) و فرونشانی (۲، ۴، ۶ و ۹) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس (لیکرت) هفت درجه‌ای، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد (۰/۷۹) گزارش شده است و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از سه ماه و برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ بدست آمده است. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده (۱۳۹۱) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس (۴=۰/۱۳) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

نمرات بالاتر به معنای مشکلات فراشناختی بیشتری در فرد می‌باشد. ولز و کاترایت-هاتون (۲۰۰۴) برای همسانی درونی این مقیاس دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۷۶ و پایایی بازآزمایی را برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۸۷ تا ۰/۵۹ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۱ بدست آمده و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، آگاهی شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی، به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است (شیرین زاده، ۲۰۰۸).

فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ولز (MCQ¹-30):

این مقیاس خود گزارشی ۳۰ سوالی، که توسط ولز در سال ۱۹۹۷ ساخته شده، باورهای افراد را درباره تفکرشان اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت محاسبه می‌شوند. پرسشنامه مذکور ۵ خرده مقیاس، شامل باورهای مثبت درباره نگرانی (سوالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸)، باورهای منفی درباره کنترل پذیری افکار (سوالات ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۲۱)، عدم اطمینان شناختی (۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶ و ۲۹)، نیاز به کنترل افکار (سوالات ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵ و ۲۷) و خودآگاهی شناختی (سوالات ۵، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۳۰) دارد.

یافته‌ها

در جدول ۱ نیز نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

میانگین سنی پدران ۳۹/۸۷ سال با انحراف معیار ۱۰/۵۴ بود و میانگین سنی مادران نیز ۳۷/۵۴ با انحراف معیار ۸/۵۴ سال بود.

جدول ۱. نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	۱۹/۳۱	۹/۱۱
سلامت معنوی	۲۹/۶۵	۱۳/۰۹
باورهای فراشناختی	۱۲/۶۷	۲/۱۴
اضطراب	۱۳/۱۱	۴/۸۹
ارزیابی مجدد	۱۹/۳۱	۹/۱۱
فرونشانی	۱۵/۲۰	۶/۱۹
سلامت مذهبی	۲۹/۶۵	۱۳/۰۹
سلامت وجودی	۳۰/۰۳	۱۳/۰۱
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۲/۶۷	۲/۱۴
باورهای منفی درباره کنترل پذیری افکار	۶/۶۳	۴/۴۱
عدم اطمینان شناختی	۱۴/۱۴	۴/۸۶
نیاز به کنترل افکار	۱۰/۳۴	۳/۱۲
خودآگاهی شناختی	۱۱/۳۲	۲/۳۷

چندمتغیری گام‌به‌گام استفاده شد.

به منظور بررسی پیش‌بینی اضطراب بر اساس تنظیم هیجان، سلامت معنوی و باورهای فراشناختی از مدل رگرسیون

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی اضطراب بر اساس باورهای فراشناختی

مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	df	ضریب F	β استاندارد	Beta	T	معنی داری
۱	نیاز به کنترل افکار	۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۰۹	(۱-۲۹۹)	۴۰/۶۲**	۰/۵۱	۱/۶۳	۷/۸۸	۰/۰۰۱
۲	نیاز به کنترل افکار عدم اطمینان شناختی	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۱۷	(۱-۲۸۸)	۳۲/۷۶**	۰/۴۰	۱/۴۵	۶/۳۷	۰/۰۰۱
۳	نیاز به کنترل افکار عدم اطمینان شناختی باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۱۹	(۱-۲۸۷)	۲۸/۹۳**	۰/۳۳	۱/۰۵	۳/۸۲	۰/۰۰۱
							۰/۲۵	۰/۶۹	۲/۴۸	۰/۰۰۹

ویژگی نیاز به کنترل افکار به تنهایی ۰/۱۰ از واریانس اضطراب را تبیین کرد، که با اضافه شدن ویژگی‌های عدم اطمینان شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی، این ضریب تبیین به

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ویژگی‌های نیاز به کنترل افکار، عدم اطمینان شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی، ۲۰ درصد از واریانس اضطراب را تبیین می‌کنند. در گام اول،

را در پیش‌بینی اضطراب دارد، و پس از آن ویژگی های عدم اطمینان شناختی و باورهای مثبت درباره نگرانی قرار دارند. در جدول ۳ نیز نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اضطراب بر اساس معنویت ارائه شده است.

۲۰ درصد رسید. ضرایب بتا برعکس افزایش ضرایب R^2 در گام اول از ۱/۶۳ به ۰/۶۹ رسیده است. بر این اساس می‌توان چنین استنباط کرد که بر مبنای ضرایب استاندارد رگرسیون (β)، ویژگی نیاز به کنترل افکار با ضریب بتای ۱/۶۳ بیشترین سهم

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اضطراب بر اساس معنویت

مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	df	ضریب F	β استاندارد	Beta	T	معنی داری
۱	سلامت مذهبی	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۰۸	(۲۹۹-۱)	۲۴/۲۵**	-۰/۴۵	-۰/۵۴	-۷/۵۶	۰/۰۰۱
۲	سلامت مذهبی سلامت وجودی	۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۰۹	(۲۸۸-۱)	۲۸/۴۲**	-۰/۴۳	-۰/۴۶	-۶/۸۴	۰/۰۰۱
							-۰/۳۹	-۰/۴۱	-۵/۲۶	۰/۰۰۲

توان چنین استنباط کرد که بر مبنای ضرایب استاندارد رگرسیون (β)، سلامت مذهبی با ضریب بتای ۰/۵۴- بیشترین سهم را در پیش‌بینی اضطراب دارد، و پس از آن سلامت وجودی قرار دارد. در جدول ۴ نیز نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اضطراب بر اساس تنظیم هیجان ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سلامت مذهبی و سلامت وجودی، ۱۰ درصد از واریانس اضطراب را تبیین می‌کنند. در گام اول، سلامت مذهبی به تنهایی ۸ درصد از واریانس اضطراب را تبیین کرد، که با اضافه شدن سلامت وجودی این ضریب تبیین به ۱۰ درصد رسید. ضرایب بتا برعکس افزایش ضرایب R^2 در گام اول از ۰/۵۴- به ۰/۴۱- (که نشان‌دهنده مسیر پیش‌بینی منفی در این معده است) رسیده است. بر این اساس می‌

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اضطراب بر اساس تنظیم هیجان

مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	df	ضریب F	β استاندارد	Beta	T	معنی داری
۱	فرونشانی	۰/۲۸	۰/۰۷	۰/۰۶	(۲۹۹-۱)	۳۴/۳۸**	۰/۳۹	۰/۴۸	۵/۴۶	۰/۰۰۱
۲	فرونشانی ارزیابی مجدد	۰/۳۱	۰/۰۹	۰/۰۸	(۲۸۸-۱)	۲۳/۵۴**	۰/۳۸	۰/۴۵	۴/۸۷	۰/۰۰۱
							-۰/۳۶	-۰/۴۱	-۳/۳۵	۰/۰۰۴

به منفی در این معده است) رسیده است. بر این اساس می‌توان چنین استنباط کرد که بر مبنای ضرایب استاندارد رگرسیون (β)، راهبرد تنظیم هیجان فرونشانی با ضریب بتای ۰/۴۸- بیشترین سهم را در پیش‌بینی اضطراب دارد، و پس از آن راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد قرار دارد. در ادامه نیز ماتریس همبستگی متغیرهای ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که راهبرد تنظیم هیجان فرونشانی و ارزیابی مجدد، ۷ درصد از واریانس اضطراب را تبیین می‌کنند. در گام اول، راهبرد تنظیم هیجان فرونشانی به تنهایی ۷ درصد از واریانس اضطراب را تبیین کرد، که با اضافه شدن راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد این ضریب تبیین به ۸ درصد رسید. ضرایب بتا برعکس افزایش ضرایب R^2 در گام اول از ۰/۴۸ به ۰/۴۱- (که نشان‌دهنده مسیر پیش‌بینی مثبت

جدول ۵. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. ارزیابی مجدد	۱									
۲. فرونشانی	۰/۲۶۶**	۱								
۳. سلامت مذهبی	۰/۱۵۴**	۰/۲۹۲**	۱							
۴. سلامت وجودی	۰/۴۲۵**	۰/۲۹۳**	۰/۲۴۸**	۱						
۵. باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۵۰۸**	۰/۲۸۳**	۰/۱۳۸*	۰/۳۹۷**	۱					
۶. باورهای منفی درباره کنترل پذیری افکار	۰/۴۱۰**	۰/۲۵۵**	۰/۱۷۲**	۰/۳۸۷**	۰/۳۴۲**	۱				
۷. عدم اطمینان شناختی	۰/۲۳۱**	۰/۳۱۴**	۰/۲۸۷**	۰/۲۱۹**	۰/۲۰۹**	۰/۳۱۴**	۱			

۱	۰/۳۱۶**	۰/۲۸۷**	۰/۳۱۹**	-۰/۳۱۸**	-۰/۲۰۸**	۰/۳۱۸**	-۰/۲۴۴**	۸. نیاز به کنترل افکار
۱	۰/۳۲۹**	۰/۲۶۷**	۰/۱۲۳*	۰/۱۴۵*	-۰/۲۸۷**	۰/۴۱۵**	-۰/۳۲۱**	۹. خودآگاهی شناختی
۱	۰/۳۱۴**	۰/۳۰۹**	۰/۲۶۵**	۰/۱۷۷*	۰/۲۳۱**	-۰/۱۴۳*	-۰/۲۸۸**	۱۰. اضطراب

پردازش نشخوارگرانه، فعال سازی عقاید ناسازگار و راهبردهای خود نظم جویی ناکارآمد، مشخص می‌شود. این نشانگان به‌وسیله باورهای فراشناختی شخص، برانگیخته می‌شود و در تفسیر و کنترل رویدادهای شناختی فرد به‌عنوان منبع و مرجع، عمل می‌کند. تفکر منفی تکرار شونده، حالتی است که در بسیاری از ناکارآمدی‌های روان‌شناختی مشاهده می‌شود. افسردگی با تشخوار فکری و اضطراب با نگرانی همراه است. وقتی شخص دچار افسردگی می‌شود، تمایل دارد که به‌طور کامل خودآگاه باشد و بر مسائل گذشته متمرکز و خود را در مشکلات حال و آینده مربوط به آنها، درگیر می‌نماید (آرتینو، ۲۰۰۸).

همچنین نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها نشان داد که بین معنویت با نشانه‌های اضطراب ارتباط منفی معناداری وجود دارد و معنویت توانایی معناداری برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی والدین دارای کودک اوتیسم دارند. این یافته‌ها همسو با مطالعات مسعودی، رجبی، گودرزی، رعدآبادی، اسکندری (۱۳۹۲)، نقیبی و همکاران (۱۳۹۴) و لوکت و همکاران (۲۰۱۶) می‌باشد. معنویت باعث رشد تجربه‌ی خودآگاهی، کاهش تعارضات هیجانی و بهبود خلق می‌شود معنویت در واقع منجر به بهبود نگرش به معنای زندگی می‌شود و عامل محافظتی در برابر بازگشت افسردگی می‌باشد همچنین می‌تواند به‌عنوان رویکردی نوین در بحث درمان اختلالات خلقی مطرح شود (موریتز و همکاران، ۲۰۱۱). فرد با معنویت می‌تواند به طرز موثری با مسائل و مشکلات زندگی مقابله می‌کند. پیدمنت^۲ (۲۰۰۵) معنویت را جهتی مناسب برای یافتن معنی زندگی می‌داند معنویت به فرد کمک می‌کند که در مواجهه با عوامل فشارزای زندگی، مقابله‌ای موثر داشته باشد. سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۸۳ معنویت را از ارکان اصلی سلامت بهزیستی معرفی نموده است. معنویت با سطح کمتر عاطفه‌ی منفی، بهبود کیفیت زندگی زناشویی، نوع دوستی و اعتماد به نفس بالا و مقابله موثر با استرس‌های زندگی ارتباط دارد. هم چنین با کاهش فشار خون، افزایش وضعیت سلامت عمومی، افزایش طول عمر همراه می‌باشد (کیم و سیدلیتیز، ۲۰۰۲). در مورد اینکه معنویت چگونه به کاهش اضطراب و افسردگی منجر می‌شود تبیین‌های متفاوتی ارائه شده است. کیم و سیدلیتیز (۲۰۰۲) عنوان نمودند که معنویت از طریق تأثیر بر چهار حوزه‌ی شناخت، هیجان، رفتار و تعالی، منجر به مقابله‌ی موثر با فشارهای روانی می‌شود در واقع معنویت با فراهم نمودن یک

همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، بین اضطراب با راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و مولفه‌های سلامت معنوی شامل سلامت مذهبی و وجودی ارتباط منفی معناداری وجود دارد به عبارت دیگر یعنی به موازات افزایش راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و سلامت معنوی شاهد کاهش اضطراب هستیم، و بین اضطراب با راهبرد تنظیم هیجان فرونشانی و مولفه‌های باورهای فراشناختی ارتباط مثبت معناداری وجود دارد، سایر همبستگی‌ها نیز در جدول بالا مشاهده می‌شود به عبارتی دیگر یعنی به موازات افزایش راهبرد تنظیم هیجان فرونشانی و مولفه‌های باورهای فراشناختی شاده افزایش میزان اضطراب می‌باشیم.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها نشان داد که بین باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب ارتباط مثبت معناداری وجود دارد و باورهای فراشناختی توانایی معناداری برای پیش‌بینی اضطراب والدین دارای کودک اوتیسم دارند. این یافته‌ها همسو با مطالعات پورنامداریان، بیرشک، اصغرنژاد فرید (۱۳۹۲)، سعید، پورحسین و اکبری (۲۰۱۰) و تجریشی، محمدخانی و جدیدی (۲۰۱۱) می‌باشد. انگاره اصلی در رویکرد فراشناختی این است که باورها در اختلال‌های روان شناختی از مؤلفه‌های روان شناختی تشکیل می‌شود که کنش وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و هم چنین از آن تأثیر می‌پذیرد (اسکارپا، ویلسون، ولز و تاناکا، ۲۰۰۹). ولز به اهمیت باورهای فراشناختی هم در فرایند نگرانی و هم در محتوای آن اشاره کرد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معناداری ممکن است پیش‌بینی کننده افسردگی و اضطراب باشد. در واقع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و تنش رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی و مثبت ممکن است سبب تداوم نگرانی شود (ولز، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش‌های کارت رایت - هاوتون^۱ و ولز و پاجیو و جیوه حاکی از این است که باورهای فراشناختی، رابطه مثبت و معناداری با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب شناختی دارد. در مدل عملکرد اجرایی خود نظم جویی، آسیب پذیری نسبت به اختلال روان شناختی و تداوم اختلال، با یک نشانگان شناختی توجهی «همراه است که این نشانگان با توجه تشدید شده متمرکز بر خود، بازبینی تهدیده

2 Piedmont

1 Scarpa, Wilson, Wells, Patriquin, Tanaka

راهبردهای سازگاران در سلامت روان افراد و شدت نشانه‌های اختلالات و بیماری‌های اذعان شده ست (آلدائو و نولن هوکسیما^۱، ۲۰۱۲).

ارزیابی مجدد یکی از راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان می‌باشد که با کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی، روابط میان فردی بهتر، بهبود توانمندی‌های شناختی و حل مساله بهتر همراه می‌باشد که تمامی این عوامل نقش مهمی در پرشانی‌های روان‌شناختی دارند (ایکن، چن، اسپچیمتز، آرت و مککلوسی^۲، ۲۰۱۶). راهبرد سازگاران‌ای ارزیابی مجدد بیشتر وابسته به موقعیت می‌باشد و موقعی می‌تواند نقش سودمندی ایفا کنند که در شرایط واقعی امکان تغییر موقعیت وجود دارد (آلدائو و نولن هوکسیما، ۲۰۱۲). ارزیابی مجدد به معنای تفکری متفاوت درباره محرک‌ها برای ایجاد تغییر در هیجان‌ها می‌باشد، این راهبرد ارزیابی مجدد یکی از مهم‌ترین راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد که امروزه حتی از اثربخشی آموزش ارزیابی مجدد در کاهش خلق افسرده به‌تنهایی استفاده می‌شود. (کنگ، رایبیز، اسموسکی، دگنباچ و لاری^۳، ۲۰۱۳). ارزیابی مجدد با کاهش موثر در نشانه‌های رفتاری و روان‌شناختی عواطف منفی همراه است (اسچیب و بلانکاردا^۴، ۲۰۰۹). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزار ارزیابی پرسشنامه، محدودیت در بررسی و کنترل تاثیرات عوامل جمعیت شناختی و همچنین محدودیت در استنباط نتایج علی و معلولی به دلیل ماهیت همبستگی پژوهش اشاره کرد.

دیدگاه اسنادی مطلوب، و معنای زندگی منجر به بهزیستی روان‌شناختی می‌شود در مواقع پرفشار، معنویت با ایجاد نگرش موقتی بودن حوادث زندگی، تحمل رنج‌های زندگی را تسهیل می‌بخشد معنویت می‌تواند فرد را به سمت سبک زندگی سالم سوق دهد این عامل از طریق ارتباط با خداوند منجر به ایجاد نوعی حمایت و آرامش از سوی خداوند می‌شود که خود می‌تواند به سلامت جسمی و روانی فرد کمک کند (به نقل از چامراتیرونک و همکاران، ۲۰۱۰).

نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها نشان داد که بین تنظیم هیجان با نشانه‌های اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد و تنظیم هیجان توانایی معناداری برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی والدین دارای کودک اوتیسم دارند. این یافته‌ها همسو با مطالعات عیسی‌زادگان، شیخی، بشرپور، سعادت‌مند (۱۳۹۲)، ایزدپناه و همکاران (۲۰۱۶)، برکینگ و همکاران (۲۰۱۲) و هریسون و همکاران (۲۰۱۶) می‌باشد. راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان را می‌توان به‌عنوان عوامل مراقبتی و محافظتی در برابر سلامت روان مطرح نمود، این دسته از راهبردها با کاهش استرس ادراک شده، افزایش توان مقابله‌ای، کاهش بار هیجانی و افزایش توان شناختی در رویارویی با موقعیت‌ها، استفاده از راه‌های مختلف و متنوع در رویارویی با مشکلات و افزایش خودکارآمدی نقش مهمی در افزایش سلامت روان فرد دارد، این عامل در پیشینه پژوهشی در جوامع مختلفی مورد بررسی قرار گرفته از جمله اختلالات محور یک و دو روان‌پزشکی و بیماری‌های پریشکی، در تمامی این پژوهش‌ها به ارتباط این

منابع

- پورنامداریان، سپیده، بیرشک، بهروز، اصغرنژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۹۲). بررسی نقش باورهای فرا شناختی در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان. ۲۱ (۲): ۲۲-۱۲.
- دهشیری، رحیم، سهرابی‌اسمرود، فاطمه، جعفری، علی، و نجفی، مهدی. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. نشریه مطالعات روان‌شناختی، ۴(۳): ۱۴۴-۱۲۹.
- رضایی، مهدی، سیدفاطمی، نجمه، و حسینی، فرزاد. (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی. فصلنامه حیات، ۱۴(۳-۴): ۳۹-۳۳.
- صاحبی، علی، اصغری، محمد جواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (۲۱-DASS) برای جمعیت ایرانی فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۴ (۲): ۴۵-۶۱.
- مسعودی، اصل ایروان، رجبی، قاسم، گودرزی، لیلا، رعدآبادی، مهدی، اسکندری، امیر حسین (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت معنوی دانشجویان. دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۲۳ (۳ و ۴): ۵۵-۶۶
- نقیبی، سید ابوالحسن، اشعری، سرور، رستمی، فرشته، حسینی. سیدحمزه. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگاه‌دارنده متادون (MMT). مجله تحقیقات سلامت در جامعه؛ ۱ (۳): ۶۱-۶۹
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276-281.
- Artino, Jr. A. R. (2008). Learning online: understanding academic success from a selfRegulated learning perspective, Unpublished Doctoral Dissertation, Connecticut University.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation

3 Keng, Robins, Smoski, Dagenbach & Leary

4 Scheibe, Blanchard

1 Aldao & Nolen-Hoeksema

2 Eichen, Chen, Schmitz, Arlt & McCloskey

- Lovibond, P. F. M., & Lovibond, S. M. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2 Ed.). Sydney, Australia: Psychology Foundation.
- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, K. I., & Krause, N. (2016). Spirituality and Religiousness are Associated with Fewer Depressive Symptoms in Individuals with Medical Conditions. *Psychosomatics*, 57(5), 505-513.
- Martins, R., Bonito, I., Andrade, A., Albuquerque, C., & Chaves, C. (2015). The Impact of the Diagnosis of Autism in Parents of Children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 121-125.
- Matson, J. L., & Williams, L. W. (2015). The curious selection process of treatments for Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 21-25. doi:https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.10.004
- Moritz, S., Kelly, m., Xu, T., Toews, J., Rickhi, B. (2011). A spirituality teaching program for depression: Qualitative findings on cognitive and emotional Change. *Complementary Therapies in Medicine* (2011) 19, 201—207
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley Inter science.
- Piedmont, R.I. (2005). Assessment of spurtlity and religious sentiments. The Loyola graduate center, www. Loyola. Edu. Pp: 1059. Loyola College in marlland Columbia.
- Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between Parental Anxiety/Depression and Child Behavior Problems Related to Autism Spectrum Disorders: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self-Efficacy. *Autism research and treatment*, 2011, 395190.
- Scarpa A, Wilson LC, Wells AO, Patriquin MA, Tanaka A. (2009). Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behavior Research and Therapy*; 47:809-13.
- Scheibe, S., & Blanchard-Fields, F. (2009). Effects of regulating emotions on cognitive performance: what is costly for young adults is not so costly for older adults. *Psychol Aging*, 24(1), 217-223
- Shirinazadeh Dastgiri, S., Gudarzi, M. A., Ghanizadeh, A., & Naghavi, S. M. R. (2008). Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14, 46-55.
- Tajrishi, K. Z., Mohammadkhani, S., & Jadidi, F. (2011). Metacognitive Beliefs and Negative Emotions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 530-533. doi:https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.103
- skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1230-1237.
- Bonab, B. G., Hakimirad, & Habibi. (2010). Relation between mental health and spirituality in Tehran University student. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 887-891.
- Brookman-Fraze L. (2006) Using parent/clinician partnerships in parent education programs for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6(4), 195–213
- Chamratrithrong, A., Miller, B. A., Byrnes, H. F., Rhucharoenpornpanich, O., Cupp, P. K., Rosati, M. J., Chookhare, W. (2010). Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1855-1863.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(1), 68-82.
- Cohrs, A. C., & Leslie, D. L. (2017). Depression in Parents of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Claims-Based Analysis. *J Autism Dev Disord*, 47(5), 1416-1422.
- Eichen, D. M., Chen, E. Y., Schmitz, M. F., Arlt, J., & McCloskey, M. S. (2016). Addiction vulnerability and binge eating in women: Exploring reward sensitivity, affect regulation, impulsivity & weight/shape concerns. *Personality and Individual Differences*, 100, 16-22.
- Ghanadzade, M., Waltz, M., & Ragi, T. (2018). The intervention priorities of parents of children with autism spectrum disorders in Iran. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 55, 14-24.
- Gratz, K. L., and Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Harrison, C., Mitchison, D., Rieger, E., Rodgers, B., & Mond, J. (2016). Emotion regulation difficulties in binge eating disorder with and without the overvaluation of weight and shape. *Psychiatry Research*, 245, 436-442.
- Izadpanah, S., Schumacher, M., Bähr, A., Stopsack, M., Grabe, H. J., & Barnow, S. (2016). A 5-year longitudinal study of the adolescent reinforcement sensitivity as a risk factor for anxiety symptoms in adulthood: Investigating the indirect effect of cognitive emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 95, 68-73.
- Keng, S.-L., Robins, C. J., Smoski, M. J., Dagenbach, J., & Leary, M. R. (2013). Reappraisal and mindfulness: A comparison of subjective effects and cognitive costs. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 899-904.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-09. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (4), 015- 006.

Wells A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder, *Clin psy and Psy Ther.*; 6: 86-96.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.

ارجاع: رهنما سارا، حقیقت شهربانو، پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب والدین دارای کودک اوتیسم بر اساس معنویت، باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان، مجله علوم حرکتی و رفتاری، دوره ۵، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۱۷۲-۱۶۳.

