

باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان

*احمد عاشوری^۱، یعقوب وکیلی^۲، سارا بن سعید^۳، زهرا نوعی^۴

خلاصه

مقدمه: فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است. این مفهوم در برگیرنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط باورهای فراشناختی با سلامت عمومی دانشجویان انجام شده است.

روش کار: تعداد ۱۰۰ نفر (۵۶ دختر و ۴۴ پسر) از دانشجویان دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد کرج به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب و علاوه بر سئوال‌های دموگرافیک به پرسش‌نامه‌های باورهای فراشناختی ولز و کارترایت و پرسشنامه‌ی سلامت عمومی پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: بین نمرات افراد در مقیاس‌های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت به عبارتی با افزایش نمره‌ی فرد در مقیاس فراشناختی، وضعیت سلامت عمومی وی بدتر می شد. هم‌چنین نمره‌ی کلی با نمرات افراد در ابعاد کنترل‌ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار رابطه‌ی معنی‌داری داشت ($P < 0.001$) ولی با نمره‌ی عامل وقوف شناختی رابطه‌ی معنی‌داری نداشت. بهترین پیش‌بینی کننده‌ی وضعیت سلامت عمومی، نمره‌ی فرد در عامل فراشناختی کنترل‌ناپذیری و خطر بود.

نتیجه‌گیری: باورهای فراشناختی از عوامل موثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌هایی که شیوه‌های ناسازگارانه‌ی تفکرات منفی را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند به بهبود وضعیت سلامت روانی دانشجویان کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: اطمینان شناختی، باورهای فراشناختی، باورهای مثبت، کنترل‌ناپذیری و خطر، نیاز به کنترل افکار، سلامت عمومی، دانشجو

مقدمه

ظهور نظریه‌های شناختی در آسیب‌شناسی روانی به افزایش علاقه به ویژگی‌های شناخت و تنظیم آن منجر گردیده است. نظریه‌ی کنش اجرایی خودنظم‌بخش^۱ (S-REF) ولز و ماتئوس اولین نظریه‌ای است که نقش فراشناخت را در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روانی مفهوم‌سازی کرده است (۴،۳).

براساس نظریه‌ی کنش اجرایی خودنظم‌بخش اختلالات روان‌شناختی وقتی تداوم می‌یابند که راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مثل تفکر درجاماندگی (نگرانی / نشخوارذهنی)، پایش تهدید، اجتناب و سرکوبی فکر، اصلاح خودباورهای ناکارآمد را با شکست مواجه می‌سازد و دسترسی به اطلاعات منفی در مورد خود را افزایش می‌دهد (۱). به عبارت دیگر می‌توان گفت براساس این نظریه، اختلال روانی فعالیت یک سندرم کلی شناختی توجهی است که از دانش فراشناختی فرد ناشی می‌شود و در موقعیت‌های مشکل‌زا فعال شده و پردازش می‌شود (۱). کارترایت-هاتون و ولز جهت ارزیابی روان‌سنجی افکار و

فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کنند (۱). اغلب نظریه‌پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قایل شده‌اند (۲،۱). دانش فراشناختی، 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 (۱).

*مؤلف مسئول: ایران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیاپش، خیابان شهید

متصوری، انستیتو روان‌پزشکی تهران

تلفن تماس: ۰۲۱-۶۶۵۵۱۶۵۵ ahmad.ashouri@gmail.com

تاریخ وصول: ۸۶/۱۲/۲۳ تاریخ تایید: ۸۷/۶/۲۰

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران

^۲ دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران

^۳ کارشناس روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی کرج

^۴ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران

^۱ Self-Regulatory Executive Function Mode

کل دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشکده‌ی روان‌شناسی دانشگاه آزاد کرج در ترم اول سال تحصیلی ۸۷-۸۶ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۱۰۰ دانشجو (۵۶ دختر و ۴۴ پسر) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. حجم نمونه براساس فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات همبستگی محاسبه شد (۱۶). به این صورت که ابتدا از بین کلاس‌های موجود در دانشکده دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب و دانشجویان آن کلاس‌ها به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. نحوه‌ی انجام کار به این صورت بوده است که پس از توضیح مختصر و جلب مشارکت دانشجویان پرسش‌نامه‌های فراشناخت و سلامت عمومی به آن‌ها داده شد. لازم به ذکر است که پس از انتخاب کلاس مورد هدف برای رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق آزمودنی‌ها از آنان خواسته شد تا در صورتی که مایل نیستند در تکمیل پرسش‌نامه شرکت نکنند و توضیح داده شد که داده‌ها محرمانه و پرسش‌نامه‌ها بدون نام است.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌ی فراشناخت (MCQ-30)^۱:

یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خودگزارشی است که باورهای افراد درباره‌ی تفکرشان را می‌سنجد. پاسخ‌ها در این مقیاس براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم) محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است: ۱- کنترل ناپذیری و خطر افکار که روی غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی‌ها تاکید می‌کند.

۲- باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی (مثلاً، نگرانی کمک می‌کند با مشکلات کنار بیایم).

۳- وقوف شناختی (مثلاً، به نحوه‌ی کار ذهنم به شدت توجه می‌کنم).

۴- اطمینان شناختی (مثلاً، حافظه‌ی ضعیفی دارم)

۵- نیاز به کنترل افکار.

این پرسش‌نامه توسط ولز و کارترایت ساخته شده است و شیرین‌زاده این پرسش‌نامه را برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده نموده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه‌ی

باورهای فراشناختی پرسش‌نامه‌ی فراشناختی را در پنج بعد زیر طراحی کرده‌اند (۵).

۱- باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی (مثل این که نگرانی به من کمک می‌کند تا مقابله کنم).

۲- باورهای منفی درباره‌ی نگرانی که تمرکزشان بر غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی است.

۳- اطمینان شناختی کم (مثل این که حافظه‌ی ضعیفی دارم).

۴- باورهای منفی در مورد افکار که این باورها شامل مواردی مانند تنبیه، خرافات و... هستند.

۵- وقوف شناختی (مثلاً به نحوه‌ی کار ذهنم به شدت توجه می‌کنم).

هر کدام از این عوامل رابطه‌ی معنی داری با میزان آسیب‌پذیری هیجانی دارند و به لحاظ مفهومی به ساختارهایی مثل خودآگاهی و شکست شناختی مرتبط می‌شوند و بر ابعاد واقعی و خصوصیات حقیقی تاکید دارند.

نظریه‌ی کنش اجرایی خودنظم‌بخش به ایجاد مدل‌های تبیینی و درمان‌های ویژه‌ی اختلال افسردگی (۶)، اختلال اضطراب فراگیر (۱)، اختلال وسواس (۳، ۱)، اختلال اضطراب اجتماعی (۷) و اختلال استرس پس از سانحه (۱) منجر شده است. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده است که باورهای فراشناختی با افسردگی (۸)، سایکوز (۹)، اختلال استرس پس از سانحه (۱۰)، الکلیسم (۱۱)، علایم اختلال وسواس (۱۲، ۱۳)، وابستگی به سیگار (۱۴) و اضطراب امتحان (۱۵) ارتباط دارند.

در مجموع و بر اساس متون موجود چنین استنباط می‌شود که فراشناخت یک عامل کلی در آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی به شمار می‌رود و با وجود پژوهش‌های متعدد در مورد بررسی نقش فراشناخت در اختلالات روانی پژوهش‌های اندکی وجود دارد که به ارتباط بین فراشناخت و مولفه‌های سلامت در افراد بهنجار پرداخته است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین باورهای فراشناختی و سلامت عمومی و همچنین پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس ابعاد باورهای فراشناختی در دانشجویان انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های همبستگی است. جامعه‌ی آماری،

¹Metacognition Questionnaire

متغیرهای پیش‌بینی کننده و متغیر سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک مورد بررسی قرار گرفتند. برای تحلیل اثرات متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک، روش تحلیل رگرسیون رو به جلو به کار برده شد.

جدول ۱- آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد فراشناخت با سلامت عمومی در دانشجویان

سلامت عمومی			متغیر
میانگین	ضریب	سطح	
(انحراف معیار)	همبستگی	معنی داری	
۶۵/۰۳ (۱۲/۲۲)	۰/۴۷۷	۰/۰۱	نمره‌ی کلی باورهای فراشناختی
۱۸/۸۲ (۵/۱۰)	۰/۵۱۸	۰/۰۱	کنترل ناپذیری و خطر
۱۰/۹۰ (۳/۹۸)	۰/۲۹۷	۰/۰۱	باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی
۲۰/۰۳ (۴/۳۹)	۰/۱۴۷	>۰/۰۵	وقوف شناختی
۷/۹۱ (۲/۶۸)	۰/۲۶۹	۰/۰۵	اطمینان شناختی
۸/۹۰ (۲/۲۱)	۰/۳۵۸	۰/۰۱	نیاز به کنترل افکار
۲۴/۰۵ (۱۲/۵۶)	-	-	سلامت عمومی

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون رو به جلو برای پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس عامل فراشناخت

منبع تغییرات	B	S.E	Beta	t	معنی داری
کنترل ناپذیری و خطر	۱/۲۷۵	۰/۲۲۵	۰/۵۱۸	۵/۶۷	۰/۰۰۱

S.E = خطای استاندارد ضریب رگرسیونی

Beta = ضریب رگرسیون استاندارد شده متغیرهای پیش‌بین

نتایج تحلیل واریانس (جدول ۲) نشان داد که ۲۶٪ تغییرات در متغیر سلامت عمومی توسط این متغیر تبیین می‌شود. با توجه به نتایج ضرایب رگرسیونی متغیرهای پیش‌بین، نمره‌ی کلی فراشناخت، عامل‌های فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی روی سلامت عمومی دانشجویان می‌توان گفت که در بین عوامل پنج‌گانه‌ی فراشناخت، عامل فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر بهترین پیش‌بینی کننده‌ی وضعیت سلامت عمومی است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که قبلاً گفته شد هدف از پژوهش حاضر بررسی

ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه‌ی ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است (۱۷).

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی^۱ (GHQ):

در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی آن استفاده شده است. این فرم توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است و برای سرنوشت اولیه احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی و بزرگسال به کار می‌رود. تقوی ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس در جامعه‌ی ایرانی ۰/۹۰ و روایی مقیاس‌ها را ۰/۵۵ گزارش نموده است (۱۸). برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون چندگانه استفاده شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۵۶ دانشجوی دختر و ۴۴ دانشجوی پسر با میانگین سن ۲۰/۶۵ سال و انحراف معیار ۴/۱۲ سال شرکت داشتند. اطلاعات به دست آمده از طریق ابزارهای تحقیق با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت. همان‌طور که در جدول (۱) آمده است نشان داد که بین نمره‌ی کلی فراشناخت و سلامت عمومی و هم‌چنین بین عوامل فراشناختی، کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار همبستگی مثبت معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش نمرات فرد در عامل کلی باورهای فراشناختی و هم‌چنین هر یک از عوامل مذکور نمره‌ی وی در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نیز افزایش می‌یابد که حاکی از بدتر بودن وضعیت سلامت عمومی وی می‌باشد. بین عامل فراشناختی وقوف شناختی و سلامت عمومی رابطه‌ی معنی داری یافت نشد. در تحلیل رگرسیون انجام شده روی ابعاد فراشناختی، کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به عنوان

^۱General Health Questionnaire

خطر به باورهای فرد در مورد کنترل ناپذیری افکار و این که افکار باید به منظور عملکرد خوب و بهره‌مندی از سلامتی کنترل شوند، مربوط می‌شود. از این رو وجود این باور فراشناختی باعث می‌شود افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در نتیجه این امر باعث افزایش اضطراب و افسردگی در آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر باعث می‌شود افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسئله در سلامت روانی آن‌ها تاثیر منفی می‌گذارد.

اسپادا، هیو و نیکوویچ معتقدند که فعال شدن باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر باعث می‌شود افراد دچار تنش عاطفی شوند (۲۰). تجربه‌ی تنش عاطفی در افرادی که در بعد کنترل ناپذیری و خطر نمره‌ی بالایی دارند موجب می‌شود این افراد درگیر راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه (اجتناب، سرکوبی فکر و...) شوند و استفاده از این راهبردها موجب در دسترس‌تر بودن مفاهیم تهدید در پردازش و تشدید استرس و هیجانات منفی می‌شود. در حقیقت این فرآیندها باعث می‌شوند افراد تهدیدهای محیطی را بیشتر برآورد کرده و توانایی مقابله‌ی خود را ناچیز تلقی کنند که نتیجه‌ی آن تداوم اختلال روانی می‌باشد (۱۳).

به طور کلی می‌توان گفت باورهای فراشناختی و به طور خاص باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر از طریق تاثیر بر انتخاب راهبرد مقابله‌ای و ادراک فرد از توانایی‌های خود با تداوم آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارند. به لحاظ کاربرد بالینی این یافته‌ها نشان می‌دهد که می‌توان به دانشجویان آموزش داد باورهای فراشناختی خود را تغییر داده و در نتیجه از سلامت عمومی و روانی بیشتری برخوردار شوند. در این پژوهش جمعیت مورد بررسی، دانشجویان رشته‌ی روان‌شناسی و مشاوره بوده است و تعمیم آن به جمعیت‌های دیگر با محدودیت رو به رو است و پیشنهاد می‌شود بررسی‌های مشابه با نمونه‌ی بزرگ‌تر و در جمعیت‌های دیگر نیز انجام گیرد.

رابطه‌ی باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان بوده است. این بررسی نشان داد بین نمرات افراد در مقیاس‌های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت به این صورت که با افزایش نمره‌ی فرد در مقیاس کلی باورهای فراشناختی، نمره‌ی کلی وی در GHQ نیز افزایش یافت که افزایش نمره‌ی GHQ بیانگر وضعیت سلامت عمومی بدتر بود. هم‌چنین بین نمرات افراد در ابعاد کنترل ناپذیری و خطر، باور مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و نمره‌ی کلی GHQ نیز رابطه‌ی مثبت معنی‌داری وجود داشت.

این یافته با نتایج پژوهش‌های اسپادا، نیکوویچ، مونتا و ولز (۱۴)، بهرامی و رضوان (۱۸) و مفروضات نظریه S-REF (۳) هم‌خوانی دارد. فرضیه‌ی بنیادی در نظریه‌ی S-REF این است که فراشناخت‌ها نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کنند و در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی می‌شود. در این رابطه اسپادا و همکاران معتقدند که باورهای فراشناختی نقش میانجی بین ادراک استرس و بروز هیجانات منفی را بازی می‌کنند (۱۴).

علاوه بر این نتایج رگرسیون چندگانه رو به جلو نشان داد که از بین باورهای فراشناختی، باور کنترل ناپذیری و خطر بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی وضعیت سلامت عمومی فرد می‌باشد. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های راسیس و ولز (۹)، بهرامی و رضوان (۱۸)، ولز و پاپاجورجیو (۱۲)، اسپادا و همکاران (۱۳) و کارترایت-هاتون و ولز (۱۹) همسو است. نتایج پژوهش ولز و پاپاجورجیو نشان داده است که باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر با آسیب شناختی و افکار وسواسی رابطه دارد (۱۲).

نتایج پژوهش راسیس و ولز نیز بیانگر این است که باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، با تداوم استرس رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد (۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که باور کنترل ناپذیری و

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویانی که با تکمیل پرسش‌نامه ما را در انجام این طرح یاری نمودند سپاسگزاری می‌نماییم و متذکر می‌شویم
 طرح فوق بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام گرفته و با منافع شخصی نویسندگان رابطه‌ای نداشته است.

References

1. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 1st ed. Chichester: Wiley and sons; 2000: 14-54.
2. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. Am Psychol 1979; 34: 906-11.
3. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. 1st ed. Hove: Erlbaum; 1994: 267.
4. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behav Res Ther 1996; 34: 881-8.
5. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cognit Ther Res 2003; 27: 261-73.
6. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA, Schneier FR. (editors). Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. 1st ed. New York: Guilford; 1995: 69-94.
7. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self report scale. Behav Ther 2001; 32: 13-26.
8. Morrison AP, French P, Wells A. Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. Behav Res Ther 2007; 45: 2241-6.
9. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. Pers Individ Diff 2006; 40: 111-22.
10. Spada MM, Wells A. Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. Addict Behav 2008; 33: 515-27.
11. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. J Anxiety Disord 2005; 19: 806-17.
12. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry and obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. Behav Res Ther 1998; 36: 899-913.
13. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. Pers Individ Diff 2008; 44(5): 1172-81.
14. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Ireson J. Metacognition as a mediator of the effect of test anxiety on surface approach to studying. Educ Psychol 2006; 26: 1-10.
15. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. [Research methods in behavioral science]. 1st ed. Tehran: Agah; 1998: 187. (Persian)
16. Shirinzadeh S. [Comparison of meta-cognition beliefs and responsibility in obsessive-compulsive disorder patients, generalized anxiety disorder and normal people]. MA. Dissertation. Shiraz University, College of clinical psychology, 2006: 40-2. (Persian)
17. Taghavi M. [Investigating reliability and validity of general health questionnaire]. Journal of psychology 2001; 20: 381-98. (Persian)

18. Bahrami F, Rezvan Sh. [Relation between the anxiety ideation with metacognition beliefs in high school students with generalized anxiety disorder]. *Journal of Iranian psychiatry and clinical psychology* 2007; 39: 249-55. (Persian)
19. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusion: The metacognitions questionnaire. *J Anxiety Disord* 1997; 11: 279-315.
20. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of GAD: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Behav Ther* 2001; 32: 85-102.

Metacognitive beliefs and general health among college students

*Ahmad Ashoori¹, Yaghoob Vakili², Sara Ben-Saeed³, Zahra Noei⁴

Abstract

Introduction: Metacognition is a multi-dimensional concept including knowledge, processes, and strategies for appraisal, monitoring, and control of cognition. The aim of this research was to investigate the relationship between general health and metacognitive beliefs in students.

Materials and Methods: One hundred students (44 males and 56 females) were selected from faculty of psychology of Karaj Islamic Azad University using cluster-random sampling. All of the subjects were asked to answer demographic questions and the general health questionnaire (GHQ-28) as well as Wells and Cartwright metacognitive questionnaire. The data were analyzed by multivariate regression analysis and Pearson's correlation coefficient.

Results: Research findings showed significant positive relationships between metacognitive beliefs and general health. In other words, individuals with higher scores in metacognitive scale revealed worse general health status. There was also a significant relationship between total scores of both scales and scores on uncontrollability, positive beliefs, cognitive confidence and need to control thoughts ($P < 0.001$); however, no significant relationship was seen between those and cognitive self-consciousness score. A person's score on metacognitive uncontrollability variable is the best predictor of his or her general health status.

Conclusion: Metacognitive beliefs are effective factors in general health. Also, it is possible to promote students' mental health by changing metacognition beliefs which enhance maladaptive and negative thinking styles or general negative beliefs.

Keywords: Cognitive confidence, General health, Metacognitive beliefs, Need to control thoughts, Positive beliefs, Students, Uncontrollability

*Corresponding Author:

Address: Tehran Psychiatric Institute, Shahid Mansoori Ave, Niayesh Ave, Sattar Khan Ave, Tehran, Iran

Email: ahmad.ashouri@gmail.com

Received date: Mar. 13, 2008 Accepted date: Sep. 10, 2008

¹Ph.D. student in clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran

²Ph.D. student in clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran

³B.Sc. in clinical psychology, Islamic Azad University, Karaj, Iran

⁴M.Sc. in clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran

Vancouver format for reference:

Ashoori A, Vakili Y, Ben Saeed S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; 11(1): 15-20.