

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Predicting Mental and Spiritual Health Based on Meta-cognitive Beliefs: The Mediating Role of Emotion Regulation

Authors: Mohammad Ali Ameri¹, Hamid Reza Saadat Azhar¹, Mohammad Mehrad Sadr^{2,*}, Hosein Rostami¹

1. *Research Center for Cognitive and Behavioral Sciences in Police, Directorate of Health, Rescue & Treatment, Police Headquarters, Tehran, Iran.*
2. *Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.*

To appear in: **Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology**

Received date: 2024/02/27

Revised date: 2024/09/28

Accepted date: 2024/10/27

First Online Published: 2024/11/13

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Ameri MA, Saadat Azhar HR, Mehrad Sadr M, Rostami H. [Predicting Mental and Spiritual Health Based on Meta-cognitive Beliefs: The Mediating Role of Emotion Regulation (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4934.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4934.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی نیروهای پلیس بر اساس باورهای فراشناختی: نقش واسطه تنظیم هیجان

نویسندگان: محمدعلی عامری^۱، حمیدرضا سعادت‌آظهر^۱، محمد مهرداد صدر^{۲*}، حسین رستمی^۱

۱. مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران.

۲. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نشریه: روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

تاریخ دریافت: 1402/12/08

تاریخ ویرایش: 1403/07/07

تاریخ پذیرش: 1403/08/06

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده‌سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسؤلیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این‌گونه استناد شود:

Ameri MA, Saadat Azhar HR, Mehrad Sadr M, Rostami H. [Predicting Mental and Spiritual Health Based on Meta-cognitive Beliefs: The Mediating Role of Emotion Regulation (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4934.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4934.1>

Abstract

Objective: Various variables in the research literature predict people's mental and spiritual health. This study aims to investigate the fitness of a proposed model based on research literature in police forces, in which metacognitive beliefs are presented as predictor variables, mental health and spiritual health as criterion variables and cognitive strategies for emotion regulation are presented as mediating variables.

Method: The current research is descriptive and correlational and applied in terms of purpose. The statistical population includes all the employees of the Tehran Police Commands in 2023. The research sample is 294 people, selected using a convenient sampling method. Participants responded to questionnaires on mental health (GHQ), spiritual health (SWBS), metacognitive beliefs (MCQ), and cognitive strategies of emotion regulation (CERQ). Structural equation modelling and SPSS 22 and Amos 24 software were used for data analysis.

Findings: The fit indices of the model were not acceptable (RMSEA=0.07, CFI=0.88, GFI=0.87), and it was because the path from metacognitive beliefs to spiritual health was not significant (Coefficient=-0.08, $P > 0.05$), after removing this path fit indices improved and were acceptable (RMSEA=0.06, CFI=0.90, GFI=0.91). The direct and indirect paths from metacognitive beliefs to mental health ($P < 0.01$) were significant. Still, the indirect path from metacognitive beliefs to spiritual health through cognitive emotion regulation strategies ($P < 0.01$) was significant.

Conclusion: The results showed that metacognitive beliefs significantly predict mental and spiritual health directly and indirectly through cognitive emotion regulation strategies.

Keywords: Model, Metacognitive beliefs, Cognitive Emotion Regulation, Mental health, Spiritual health

Extended Abstract

Introduction

Police work is considered one of the most stressful and high-pressure jobs due to the dangers involved. High-risk and stressful jobs are expected to have adverse consequences on people's health in general and mental health and spiritual health in particular for people with that job, and various studies also show this issue [1].

According to numerous studies, metacognitive beliefs are one of the variables affecting mental health [3-5] and spiritual health [6-9]. Another variable that is related to metacognitive beliefs [10, 11], mental health [12, 13] and spiritual health [14, 15] is cognitive emotion regulation strategies. However, the way metacognitive belief variables and emotion regulation cognitive strategies interact in predicting mental health and spiritual health in a model simultaneously can be seen from studies in which metacognitive beliefs predict emotion regulation cognitive strategies [10, 11]. In this way, considering that on the one hand, metacognitive beliefs predict cognitive strategies of emotion regulation, and on the other hand, emotional regulation strategies predict mental health and spiritual health, mental health and spiritual health can be determined through metacognitive beliefs and predicted through the mediation of cognitive emotion regulation strategies. The present research seeks to answer whether the data support the model of predicting the mental health and spiritual health of police forces by metacognitive beliefs and with the mediation of cognitive strategies of emotion regulation.

Method

The current research method is descriptive and correlational and is applied in terms of purpose. The statistical population includes all the employees of Tehran police command in 2023. 294 people were selected through a convenient sampling method. Spiritual health (SWBS) [12], mental health (GHQ) [13], metacognitive beliefs (MCQ) [14], and cognitive emotion regulation strategies (CERQ) [15] questionnaires were used to collect data. SPSS 22 and Amos 24 were used for data analysis.

Findings

The participants included 165 men and 129 women, with an average age of 38. 225 of the participants were married, and 69 were single. Also, the education of the participants included 10 undergraduates, 92 diplomas, 139 bachelors, 48 masters, and 5 PhDs.

Structurally equation modelling was used to check the fitness of the proposed model in the current study. The model is shown in Figure 1, and the model fit indices table is presented in Table 1.

Table 1. Fit indices of the model for predicting mental health and spiritual health of police forces by metacognitive beliefs with the mediation of cognitive emotion regulation strategies

Indicator	X ²	Df	RMSEA	AGFI	GFI	IFI	NFI	CFI
	925.91	162	0.7	0.89	0.87	0.89	0.90	0.88

For the optimal fitness of the model with the data, the CFI, NFI, IFI, GFI, and AGFI indices must be greater than or equal to 0.90, and the RMSEA index must be equal to or less than 0.06; The fit indices of the initial model presented in Table 1 do not indicate the optimal fit of the model with the data.

The poor fit indices of the model can be attributed to the non-significance of the direct path of metacognitive beliefs to spiritual health (Coefficient=-0.08, P> 0.05). By removing this path, the fit indices of the modified model are presented in Table 2.

Table 2. Fit indices of the modified model for predicting mental health and spiritual health of police forces by metacognitive beliefs with the mediation of cognitive emotion regulation strategies

Indicator	X ²	Df	RMSEA	AGFI	GFI	IFI	NFI	CFI
	926.65	163	0.6	0.92	0.91	0.92	0.93	0.90

The results of Table 2 show that the model fits well with the data after the modifications are applied. Therefore, the final model indicates that metacognitive beliefs predict spiritual health and mental health through the mediation of emotion regulation strategies.

Conclusion

Based on the findings of the present research, it can be concluded that a model including variables of metacognitive beliefs and cognitive strategies of emotion regulation can predict mental health and spiritual health in police forces. In this model, a person's metacognitive beliefs, including positive and negative views about controlling thoughts and rumination,

directly and indirectly, predict worse mental health and spiritual health by positively predicting maladaptive emotion regulation cognitive strategies. On the contrary, the lower the person's metacognitive beliefs, the more adaptive emotion regulation strategies are positively predicted, leading to better mental and spiritual health. According to these findings, it is essential to increase the mental health and spiritual health of police forces in ways such as educational workshops to reduce metacognitive beliefs and also increase the use of adaptive methods of emotion regulation and reduce the use of incompatible methods of emotion regulation.

Ethical considerations

The current study with the ethics ID of IR.SBMU.TEB.POLICE.REC.1402.071 has been reviewed and approved by the Ethics Committee of the Deputy Health, Aid, and Treatment of the Police Command of the Islamic Republic of Iran - Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Sponsor

This research has been carried out with the financial support of the deputy health, relief, and treatment of the police command of the Islamic Republic of Iran.

Contribution of authors

Implementation and writing of the research: Mohammad Mehrad Sadr; conceptualization, supervision, and guidance: Mohammad Ali Ameri, revision and editing: Hamidreza Saadat, review and analysis of the statistical method: Hossein Rostami.

Conflict of interest

According to this article's authors, they have no conflict of interest.

Acknowledgments

All the police forces of Tehran who participated in the research, as well as the prevention police, are thanked and appreciated for providing the conditions for conducting the study.

چکیده

هدف: در ادبیات پژوهش متغیرهای مختلفی در پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی انسان‌ها نقش دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی برآزش یک مدل پیشنهادی بر مبنای ادبیات پژوهش در نیروهای پلیس است که در آن باورهای فراشناختی به‌عنوان متغیر پیش‌بین، سلامت روان و سلامت معنوی به‌عنوان متغیرهای ملاک و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان به‌عنوان متغیر واسطه ارائه شده‌اند.

روش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری شامل تمام کارکنان فرماندهی‌های نیروی پلیس شهر تهران در سال ۱۴۰۲ است. نمونه پژوهش ۲۹۴ نفر است که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های سلامت روان (GHQ)، سلامت معنوی (SWBS)، باورهای فراشناختی (MCQ) و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (CERQ) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌های از مدل معادلات ساختاری و نرم افزارهای SPSS و Amos 24 استفاده شد.

یافته‌ها: شاخص‌های برآزش مدل در ابتدا قابل قبول نبودند ($RMSEA=0/07$, $CFI=0/88$, $GFI=0/87$) که به دلیل معنادار نبودن مسیر باورهای فراشناختی به سلامت معنوی بود (ضریب مسیر = $-0/08$, $P > 0/05$) و پس از حذف این مسیر شاخص‌های برآزش بهبود پیدا کردند و قابل قبول شدند ($RMSEA=0/06$, $CFI=0/90$, $GFI=0/91$). مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم از باورهای فراشناختی به سلامت روان ($P < 0/01$) معنادار بودند و تنها مسیر غیرمستقیم باورهای فراشناختی سلامت معنوی از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ($P < 0/01$) معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که و باورهای فراشناختی هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سلامت روان و سلامت معنوی را به طور معنادار پیش‌بینی می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: مدل، باورهای فراشناختی، تنظیم‌شناختی هیجان، سلامت روان، سلامت معنوی

مقدمه

کار پلیس به دلیل خطراتی که در آن وجود دارد یکی از مشاغل استرس زا و پرفشار در نظر گرفته می‌شود. انتظار می‌رود مشاغل پرخطر و استرس زا پیامدهای نامطلوبی بر سلامت افراد به طور کلی و سلامت روان و سلامت معنوی به طور خاص برای افراد دارای آن شغل بگذارد و مطالعات مختلف نیز نشان دهنده ی این موضوع است [۴-۱]. سلامت روان و سلامت معنوی دو متغیر اساسی در زندگی انسان‌ها هستند. سلامت روان به‌عنوان پایه نگهدارنده، تعادل بخش و هماهنگ کننده در جنبه های مختلف زندگی انسان است [۵]. بنابراین تعریف سازمان بهداشت جهانی انسان یک موجود زیستی، اجتماعی، روانی و معنوی است که بعد معنوی اخیرا به سه بعد قبلی اضافه شده و مورد توجه قرار گرفته است [۶]. در تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱ [۷] سلامت روانی^۲، وضعیتی از آسایش روانی است که در آن حالت، هر فردی می‌تواند امکانات خود را تحقق بخشد، با فشارهای معمولی زندگی کنار بیاید، به صورتی بارور کار کند و به انجام امور جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند یاری برساند. سلامت معنوی در بردارنده ی ارتباط با عقاید، ارزش ها و رفتارهایی است که توسط خود فرد یا مذهب انتخاب شده و به زندگی معنا می‌دهد و الهام بخش یا محرک فرد برای رسیدن به بهینه ترین حالت زیستن است. این ارتباط ایمان، امید، آرامش و قدرتمندی به زندگی فرد می‌آورد. نتیجه آن خوشحالی، بخشیدن خود و دیگران، آگاهی و پذیرش سختی ها، داشتن اخلاقیات، یک حس متعالی از بهزیستی فیزیکی و احساسی و توانایی فراتر رفتن از ناتوانی های وجودی است [۸].

ادبیات پژوهش متغیرهای مختلفی را در ارتباط با سلامت روان و سلامت معنوی پیشنهاد می‌کند که برجسته ترین آن ها که در پژوهش های مختلف ظاهر شده‌اند باورهای فراشناختی با سلامت روانی [۹-۱۱] و سلامت معنوی [۱۲-۱۵] و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با سلامت روان [۱۶، ۱۷] و سلامت معنوی [۱۸، ۱۹] هستند. همان‌طور که جواهری [۲۰] نیز به آن اشاره می‌کنند سلامت روان و سلامت معنوی نیروهای پلیس توسط سیستم پیچیده ای از روابط و متغیرها تعیین می‌شود و در طراحی مداخلاتی که قرار است آسفتگی در سلامت آن ها را کاهش داده و سلامت روانی و معنوی آن ها را بهبود بخشد باید

¹ World Health Organization

² Mental health

یک دیدگاه سیستماتیک را اتخاذ کرد و از ارائه ی یک راه حل واحد برای همه اجتناب کرد. با وجود اینکه متغیرهای پیش‌بینی کننده ی سلامت روان و سلامت معنی در مطالعات مختلف ذکر شده در ادبیات پژوهش ارائه شده‌اند، با این حال با وجود تنوع متغیرها تاکنون پژوهشی به مطالعه ی هم‌زمان این متغیرها در یک مدل فراگیر در پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی و نقش تعاملی هر کدام در این پیش‌بینی نپرداخته است و همچنین تاکنون چنین مطالعه ای بر روی نیروهای پلیس انجام نشده است، مطالعه حاضر به دنبال ارائه یک مدل پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی با شمول متغیرهای دخیل ذکر شده در بالاست که در مطالعات به طور مکرر نمایان شده‌اند. در ادامه به طول کامل تر به تعریف و ارتباط متغیرهای ذکر شده با سلامت روان و سلامت معنوی پرداخته خواهد شد.

طبق مطالعات متعدد یکی از متغیرهای اثرگذار بر سلامت روانی [۹-۱۱] و سلامت معنوی [۱۵-۱۲] باورهای فراشناختی^۳ است. این مطالعات نشان می دهند که باورهای فراشناختی یعنی باورها در مورد افکار می‌توانند سلامت روانی و سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند. باورهای فراشناختی مثبت؛ باورهایی هستند که به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و غیره مربوط می‌شوند؛ باورهای فراشناختی منفی نیز باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. به‌عنوان مثال افراد مبتلا به اختلال اضطراب، باورهای مثبتی در مورد نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای رویارویی با خطر دارند و از نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مسائل آتی و تولید روش‌های مقابله استفاده می‌کنند و افراد افسرده باورهای فراشناختی مثبت درباره لزوم نشخوار فکری به‌عنوان روشی برای غلبه بر احساس افسردگی دارند، همچنین باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری نشخوار فکری دارند [۲۱].

متغیر دیگری که از طرفی با باورهای فراشناختی [۲۲، ۲۳] و از طرف دیگر با سلامت روان [۱۶، ۱۷] و سلامت معنوی [۱۸، ۱۹] رابطه دارد، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان هستند. به عقیده گارنسفکی، کوپمان، کرایچ و کات [۲۴]، افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجانی استفاده

³ metacognitive beliefs

می‌کنند. از جمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان شامل نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه‌آمیز و کوچک شماری و راهبردهای سازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان شامل ارزیابی مثبت مجدد، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و برنامه ریزی مجدد اشاره کرد.

با این حال نحوه تعامل متغیرهای باورهای فراشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی در یک مدل به طور هم‌زمان را می‌توان از مطالعاتی که در آن باورهای فراشناختی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را پیش‌بینی می‌کنند [۲۲، ۲۳] استنباط کرد. بدین طریق باتوجه‌به اینکه از یک طرف باورهای فراشناختی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را پیش‌بینی می‌کنند و از طرف دیگر راهبردهای تنظیم هیجان سلامت روان و سلامت معنوی را پیش‌بینی می‌کنند، می‌توان سلامت روان و سلامت معنوی را از طریق باورهای فراشناختی و باواسطه‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان پیش‌بینی کرد. پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که آیا داده‌های تجربی از مدل پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی نیروهای پلیس توسط باورهای فراشناختی و با میانجی‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی حمایت می‌کند؟

روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری شامل تمام کارمندان فرماندهی‌های انتظامی پلیس تهران در سال ۱۴۰۲ است. ۲۹۴ نفر به‌عنوان نمونه به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه باتوجه‌به پیشنهاد کامری و لی [۲۵] که برای تحلیل مدل معادلات ساختاری تعداد ۲۰۰ نمونه را مناسب و ۳۰۰ نمونه را خوب ارزیابی کرده است، تعیین گردید. همچنین بر اساس میرز و همکاران [۲۶] در تحلیل مدل معادلات ساختاری حجم نمونه باید دست کم ۵۰ به علاوه ۷ برابر تعداد متغیرهای مدل (آیتم‌ها) باشد.

$$۱۹۰ = ۵۰ + ۲۰ \times ۷ + ۷ \times \text{تعداد آیتم های مدل} = \text{حجم نمونه}$$

جهت جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها ابتدا با گرفتن مجوز به پلیس پیشگیری مراجعه شد. بخش مطالعات روان‌شناسی و اجتماعی پلیس پیشگیری با دسترسی به شبکه داخلی ۱۳ سرکلانتری شهر تهران لینک پرسش‌نامه تهیه شده به صورت آنلاین را در اختیار کلانتری های نیروی انتظامی پلیس شهر تهران قرار داد. از این طریق افراد در دسترس به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها به صورت آنلاین جمع‌آوری گردید. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه، سن بالای ۱۸ سال، کارمند نیروی انتظامی پلیس تهران و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش و کارمند نیروی انتظامی پلیس تهران نبودن، بودند. در ابتدای پرسش‌نامه آنلاین در مورد هدف پژوهش توضیحات کافی ارائه گردید، و با تاکید بر محرمانگی اطلاعات عنوان گردید که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از آن کناره‌گیری کنند. برای تحلیل داده‌ها از SPSS 22 و Amos 24 استفاده گردید.

ابزارها

پرسش‌نامه سلامت معنوی^۴ (SWBS)

برای اندازه‌گیری سلامت معنوی از پرسش‌نامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون [۲۷] استفاده خواهد شد که شامل ۲۰ سوال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی (۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۹) و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی (۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰) را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی هر کدام به تفکیک ۱۰ تا ۶۰ می‌باشد و نمره کل ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. سطح بندی نمره کل سلامت معنوی بین ۴۰-۲۰ حد پایین، ۹۹-۴۱ حد متوسط و ۱۲۰-۱۰۰ حد بالا معنویت در نظر گرفته شده است. نمره گذاری پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) است. اما این شیوه نمره گذاری در سؤالات شماره ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ معکوس می‌شود. پایایی پرسش‌نامه توسط پولوتزین و الیسون [۲۷] ۰/۹۴ دست آمد. در مطالعه جوادی، غنی‌فر و اسماعیلی درمیان

4 Spiritual well-being scale

[۲۸] روایی پرسش‌نامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص و تایید شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تعیین گردید که بیانگر پایایی خوب این ابزار است. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر ۰/۹۱ بدست آمد.

پرسش‌نامه سلامت روان^۵ (GHQ)

سلامت روان توسط پرسش‌نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر [۲۹] سنجیده خواهد شد که راجع به وضع کسالت، ناراحتی‌ها و سلامت عمومی فرد با تأکید بر مسائل روان شناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال است. این پرسش‌نامه دارای چهار زیر مقیاس وضعیت جسمانی (تحرك، درد، خستگی و اختلالات خواب)، مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب و نگرانی)، کارکردهای اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) و افسردگی وخیم است. فرم اصلی آن ۶۰ سؤالی است و باتوجه به تجدید نظرهای مکرر جهت تناسب با شرایط و فرهنگ‌های مختلف فرم‌های کوتاه ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۳ سؤالی از آن تهیه شده است. فرم مورد استفاده در تحقیق حاضر نسخه ۲۸ سؤال است که بر اساس یک مقیاس لیکرتی چهار گزینه‌ای (خیلی کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد) می‌باشد. حداکثر نمره در هر مقیاس ۲۱ و در کل ۸۴ است و نمره بیشتر مؤید سلامت روانی کمتر است. گلدبرگ و هیلر [۲۹] برای تعیین روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی میزان همبستگی نمرات و ارزیابی بالینی ۰/۸۰ را گزارش نموده است. تقوی [۳۰] پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی را با سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ بررسی کرده و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۲، ۰/۷۳ و ۰/۹۰ را به دست آورده است. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر ۰/۹۳ بدست آمد.

پرسش‌نامه باورهای فراشناختی^۶ (MCQ)

برای سنجش باورهای فراشناختی از مقیاس خود گزارشی ولز و کارترایت هاتون [۳۱] استفاده خواهد شد که باورهای افراد را درباره تفکرشان اندازه‌گیری می‌کند و دارای ۳۰ سؤال در مقیاس لیکرت چهار درجه ای شامل

5 General health questionnaire

6 Metacognition questionnaire

(موافق نیستم=۱، کمی موافقم =۲، تقریباً موافقم =۳ و کاملاً موافقم =۴) است. پرسش‌نامه مذکور دارای 5 خرده مقیاس، شامل باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی می‌باشد. ولز و کاتریت هاتون [۳۱] برای همسانی درونی این مقیاس دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی را برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. شیرین زاده دستگیری [۳۲] ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی را ۰/۹۱ به دست آورده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری، باورهای مثبت، آگاهی شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی، ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۷۱ گزارش نموده است. همچنین ضریب بازآزمایی یک ماهه این پرسش‌نامه را ۰/۵۱ گزارش نموده است [۳۲]. همچنین در پژوهش سالاری فر [۳۳] روایی همگرایی این پرسش‌نامه با استفاده از پرسشنامه‌های اسپیلبرگر و نگرانی ایالت پنسیلوانیا، به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۹۲ محاسبه و مورد تأیید قرار گرفته است. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر ۰/۹۴ بدست آمد.

پرسش‌نامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی CERQ^۷

برای اندازه‌گیری راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی از پرسش‌نامه گارنفسکی و کرایچ [۳۴] استفاده خواهد شد. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است و ۳۶ گویه دارد و از ۹ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر گویه براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز=۱ تا همیشه=۵ اندازه‌گیری می‌شود. زیرمقیاس‌های مذکور عبارتند از: راهبردهای شناختی خودسرزنشگری (۱، ۱۹، ۱۰، ۲۸) پذیرش (۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹)، نشخوارگری (۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰) تمرکز مجدد مثبت (۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱) تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲) ارزیابی مجدد مثبت (۶، ۱۵، ۲۴، ۳۳) کم اهمیت شماری (۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴) فاجعه‌نمایی (۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵) و دیگرسرزنشگری (۹، ۱۸، ۲۷، ۳۶). در بررسی مشخصات روانسنجی آزمون، گارنفسکی و کرایچ [۳۴]، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت و منفی و کل پرسش‌نامه

7 Cognitive emotion regulation questionnaire

به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در مطالعه بشارت [۳۵] ویژگی‌های روانسنجی این فرم، شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و تشخیص همگرا و تشخیص افتراقی مطلوب گزارش شده است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش نمود و ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۳ زن و ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیر مقیاس‌های پرسش‌نامه از ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ محاسبه شد. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر ۰/۹۰ بدست آمد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان شامل ۱۶۵ مرد و ۱۲۹ زن با میانگین سنی ۳۸ سال برای هر دو گروه بود. ۲۲۵ نفر از شرکت‌کنندگان متاهل و ۶۹ نفر مجرد بودند. همچنین تحصیلات شرکت‌کنندگان شامل ۱۰ نفر زیردیپلم، ۹۲ نفر دیپلم، ۱۳۹ نفر کارشناسی، ۴۸ نفر کارشناسی ارشد و ۵ نفر دکتری بودند. جدول میانگین و انحراف معیار و همبستگی متغیرهای مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. جدول ضرایب همبستگی و میانگین و انحراف معیار متغیرهای مطالعه

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
۱- سلامت معنوی	۸۶.۲۷±	۱۶.۱۰	۱				
۲- سلامت روانی	۳۰.۷۶±	۱۴.۵۴	-۰.۵۶**	۱			
۳- راهبردهای سازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان	۶.۲۷±	۱.۵۱	۰.۳۹**	-۰.۱۳*	۱		
۴- راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان	۵.۵۲±	۱.۳۷	-۰.۱۱	۰.۴۰**	۰.۵۰**	۱	
۵- باورهای فراشناختی	۳۶.۶۵±	۱۶.۹۷	-۰.۲۸**	۰.۵۴**	۰.۲۲**	۰.۵۹**	۱

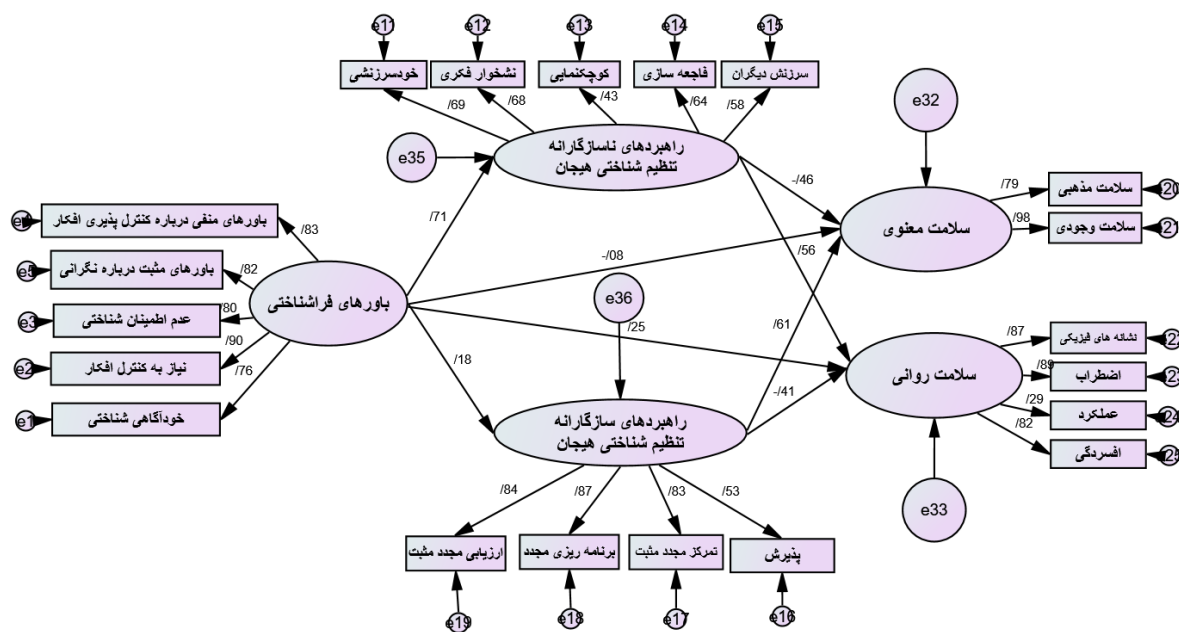
*P<0.05 , ** P<0.01

جهت بررسی میزان برازش مدل پیشنهادی در مطالعه حاضر از مدل معادلات ساختاری استفاده گردید، مدل در شکل ۱ نشان داده شده است و جدول شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی مدل پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی نیروهای پلیس توسط باورهای فراشناختی با واسطه‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان

شاخص	Df	X ²	RMSEA	CFI	NFI	IFI	GFI	AGFI
مقدار	۱۶۲	۹۲۵/۹۱	۰/۰۷	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۸۹	۰/۸۷	۰/۸۹

از آنجاکه برای برازش مطلوب مدل با داده‌ها شاخص‌های AGFI و GFI، IFI، NFI، CFI باید بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۹۰ و شاخص RMSEA مساوی یا کوچکتر از ۰/۰۶ باشد؛ شاخص‌های برازش مدل اولیه ارائه شده در جدول ۲ نشان‌دهنده‌ی برازش مطلوب و مناسب مدل با داده‌ها نیست. ضرایب مسیر و معناداری آن‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.



شکل ۱. مدل پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی نیروهای پلیس توسط باورهای فراشناختی با واسطه‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با ضرایب استاندارد

جدول ۳. ضرایب مسیرهای مستقیم مطالعه

مسیرها	B	β	S.E.	C.R.	P
باورهای فراشناختی < راهبردهای سازگارانه	۰/۰۷۲	۰/۱۸	۰/۰۲۶	۲/۷۳	۰/۰۰۶
باورهای فراشناختی < راهبردهای ناسازگارانه	۰/۳۳۲	۰/۷۱	۰/۰۳۷	۹/۰۵	۰/۰۰۰۱
باورهای فراشناختی < سلامت روانی	۰/۳۶۶	۰/۲۵	۰/۱۱۸	۳/۰۹۴	۰/۰۰۲
باورهای فراشناختی < سلامت معنوی	-۰/۲۲۳	-۰/۰۸	۰/۲۰۷	-۱/۰۷۸	۰/۲۸۱
راهبردهای سازگارانه < سلامت روانی	-۱/۵۴	-۰/۴۱	۰/۲۳۴	-۶/۵۸۴	۰/۰۰۰۱
راهبردهای ناسازگارانه < سلامت روانی	۱/۷۶۲	۰/۶۱	۰/۲۹۰	۶/۰۷۹	۰/۰۰۰۱
راهبردهای سازگارانه < سلامت معنوی	۴/۰۸۲	۰/۵۶	۰/۵۶۷	۷/۱۹۷	۰/۰۰۰۱
راهبردهای ناسازگارانه < سلامت معنوی	-۲/۶۰۳	-۰/۴۶	۰/۵۱۷	-۵/۰۳۵	۰/۰۰۰۱

همچنین برای بررسی معناداری مسیرهای غیرمستقیم مطالعه یعنی از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان از آزمون بوت‌استرپ با انتخاب تعداد سمپل ۲۰۰۰ استفاده شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. ضرایب مسیرهای غیرمستقیم مطالعه

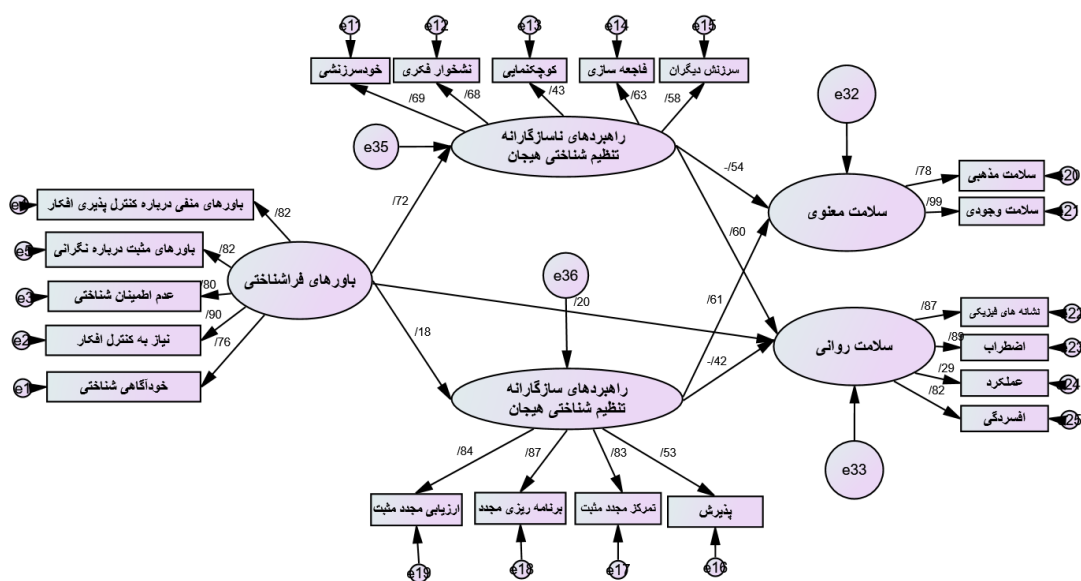
مسیر	اندازه	معناداری (Sig.)
باورهای فراشناختی < راهبردهای شناختی تنظیم هیجان < سلامت روان	۰/۴۷۳	۰/۰۰۱
باورهای فراشناختی < راهبردهای شناختی تنظیم هیجان < سلامت معنوی	-۰/۵۷۶	۰/۰۰۱

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد مسیرهای غیر مستقیم از باورهای فراشناختی به سلامت روان و سلامت معنوی از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان معنادار است.

شاخص‌های برازش نامناسب مدل را می‌توان به غیرمعناداری مسیر مستقیم باورهای فراشناختی به سلامت معنوی در جدول ۳ نسبت داد. با حذف این مسیر مدل اصلاح شده در شکل ۲ و شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۵ ارائه شد.

جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح شده پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی نیروهای پلیس توسط باورهای فراشناختی با واسطه‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان

شاخص	Df	X ²	RMSEA	CFI	NFI	IFI	GFI	AGFI
مقدار	۱۶۳	۹۲۶/۶۵	۰/۰۶	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۲



شکل ۲. مدل اصلاح شده پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی نیروهای پلیس توسط باورهای فراشناختی با واسطه‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با ضرایب استاندارد

نتایج جدول ۵ نشان دهنده‌ی برازش خوب مدل با داده‌ها پس از اعمال اصلاحات است. بنابراین مدل نهایی نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجان سلامت معنوی و سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی برازش مدل پیش‌بینی سلامت روان و سلامت معنوی توسط باورهای فراشناختی با واسطه‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بود. نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد که مدل اولیه مورد تأیید نیست و نیازمند اصلاح است. با حذف مسیر غیرمعنادار باورهای فراشناختی

به سلامت معنوی، مدل اصلاح شده با داده‌های پژوهش برازش قابل قبول داشت. با توجه به این نتایج متوجه می‌شویم که باورهای فراشناختی می‌توانند سلامت روان را به طور مستقیم و غیرمستقیم و سلامت معنوی را به طور غیرمستقیم از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان پیش‌بینی کنند.

این یافته‌ها با پژوهش‌هایی که نشان می‌دهد باورهای فراشناختی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان [۲۲]، [۳۶، ۲۳] را پیش‌بینی می‌کند و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سلامت روان [۱۶، ۱۷] و سلامت معنوی [۱۸، ۱۹] را پیش‌بینی می‌کند، هم‌هنگ است. با این حال این یافته‌ها با مطالعاتی که نشان می‌دهد باورهای فراشناختی سلامت معنوی را پیش‌بینی می‌کند ناهم‌هنگ است [۱۸، ۱۹].

طبق مطالعات متعدد (۹-۱۱) باورهای فراشناختی به طور مستقیم سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌هنگ است. فلاول [۳۷] فراشناختی را فرایند تفکر درباره تفکر و دانش در مورد اینکه چه می‌دانیم و چه نمی‌دانیم اطلاق می‌کند. به عبارتی باورهای فراشناختی مثل داشتن فکر مثبت نسبت به نگرانی (نگران بودن خوب است و به انجام کارها کمک می‌کند) و فکر منفی نسبت به افکار (فکرها می‌توانند منجر به عمل شوند و من را تعریف می‌کنند و نباید بعضی افکار را در ذهن داشت) می‌توانند استرس و اضطراب را افزایش دهند که سلامت روان را کاهش می‌دهند. در واقع شناسایی و تغییر باورهای فراشناختی می‌تواند از طریق کاهش استرس، کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش اعتماد به نفس، هدفمندی و معناداری زندگی سلامت روانی را افزایش دهد.

از طرف دیگر باورهای فراشناختی به طور غیرمستقیم از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سلامت روان و سلامت معنوی را پیش‌بینی می‌کند. در واقع دانش فراشناختی به تعامل باورها و دانش ذخیره شده در حافظه عملکرد شخصی فرد، انجام وظایف و انتخاب راهبردها اشاره دارد [۳۸]. باورهای فراشناختی فرد که نشان دهنده‌ی دیدگاه کلی فرد نسبت به افکارش است، به این معنی که می‌توانم و باید افکار بد یا ناراحت کننده‌ی خود را کنترل کنم یا با فکر کردن بیش از حد به افکار ناراحت کننده ام می‌توانم آن‌ها را بهبود دهم [۲۱] منجر به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه تر از جمله نشخوار فکری، فاجعه

⁸ Flavell

سازی، کوچک نمایی، سرزنش خود و سرزنش دیگران می‌شود، این راهبردهای ناسازگارانه منجر به مشکلات سلامت روان مثل اضطراب و افسردگی می‌شود و در نتیجه فرد سلامت روان کمتری را تجربه می‌کند [۲۴]. همچنین راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان احساسات منفی بیشتری در مورد خود و دیگران و دنیا در ما ایجاد می‌کند که منجر به دید منفی نسبت به واقعیت وجودی خود و همچنین فاصله گرفتن از معنویت می‌شود [۳۴] و از این جهت باعث کاهش احساس سلامت معنوی می‌شود. فراشناخت، به واسطه تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز بر روی تعبیر و تفسیر نشانه‌های ویژه مانند افکار مزاحم، بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، تأثیر می‌گذارد. انگاره اصلی در فراشناخت این است که باورهای فراشناختی مؤلفه‌هایی فراشناختی هستند که کنشوری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و از آن تأثیر می‌پذیرند [۳۹]. باورهای فراشناختی توجه را هدایت می‌کنند، سبک تفکر را تعیین می‌کنند و پاسخ‌های مقابله‌ای را به شیوه‌ای هدایت می‌کنند که به دانش ناکارآمد منجر می‌شود. در واقع فراشناخت دربرگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند [۲۱] و از این طریق نحوه تنظیم هیجان، استفاده از راهبردهای متفاوت تنظیم هیجان و از این طریق سلامت روان و سلامت معنوی را تعیین می‌کنند.

از آنجاکه در تعریف سلامت روان، مهارت‌های شناختی و اجتماعی پایه، توانایی تشخیص، ابراز و تعدیل احساسات خود و همچنین همدلی با دیگران، انعطاف‌پذیری و توانایی کنار آمدن با رخدادهای دشوار زندگی و داشتن نقش اجتماعی و رابطه هماهنگ بین بدن و ذهن اجزای مهم سلامت روان هستند که به میزان متفاوت در ایجاد وضعیت تعادل درونی نقش دارند [۴۰]، باورهای فراشناختی همان مهارت‌های شناختی و اجتماعی پایه فرد را نشان می‌دهد [۲۱]؛ و توانایی تشخیص، ابراز و تعدیل احساسات خود به مهارت‌های تنظیم هیجان سازگارانه اشاره دارد [۲۴]. باتوجه به تعریف سلامت روان و وجود تعریف باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در دل آن می‌توان گفت مهارت‌های شناختی پایه (باورهای فراشناختی) منجر به توانایی تشخیص، ابراز و تعدیل احساسات (راهبردهای تنظیم هیجان) بهتر می‌شود و این توانایی به انعطاف‌پذیری در مواجهه با رخدادهای دشوار زندگی (سلامت روان) منجر می‌شود.

در تعریف سلامت معنوی به آگاهی و پذیرش سختی‌ها و توانایی بخشیدن خود و دیگران اشاره می‌شود [۹] که بخش اول یعنی آگاهی و پذیرش سختی‌ها نشان‌دهنده‌ی نگرش فرد به جهان است که تحت تأثیر باورهای فراشناختی فرد است که با افکار و احساسات خود بجنگد و سعی کند آن‌ها را کنترل نماید یا آن‌ها را بپذیرد و آرامش خود را حفظ نماید [۲۱]؛ و بخش دوم توانایی بخشیدن خود و دیگران نشان‌دهنده‌ی راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان از جمله پذیرش خود است و از طرف دیگر انجام ندادن راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان از جمله سرزنش خود و دیگران است دارد [۲۴]، به عبارت دیگر در اینجا آگاهی و پذیرش سختی‌ها (باورهای فراشناختی) منجر به بهتر شدن توانایی بخشیدن خود و دیگران (راهبردهای تنظیم هیجان) و بهتر شدن توانایی بخشیدن خود و دیگران منجر به آرامش و احساس معنا در زندگی (سلامت معنوی) [۴۱] می‌شود.

در مطالعه حاضر باورهای فراشناختی به طور مستقیم سلامت معنوی را پیش‌بینی نمی‌کند؛ اما از طریق راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان به طور غیرمستقیم سلامت معنوی را پیش‌بینی می‌کند. در حالی که باورهای فراشناختی شامل دیدگاه‌های مثبت نسبت به کنترل افکار و دیدگاه منفی نسبت به افکار ناراحت‌کننده هستند منجر به استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان می‌شوند [۲۲، ۲۳]، معنادار نبودن ارتباط مستقیم بین باورهای فراشناختی و سلامت معنوی و در عین حال معنادار بودن رابطه غیرمستقیم آن‌ها از طریق راهبردهای تنظیم هیجان نشان می‌دهد که نگرش فرد نسبت به کنترل افکار خود اگر منجر به تغییر نحوه تنظیم هیجان در فرد نشود، نمی‌تواند سلامت معنوی را پیش‌بینی کند، به عبارتی سلامت معنوی تنها با تغییر باورهای اساسی فرد در مورد افکار درونی خودش ایجاد نمی‌شود؛ بلکه باید در نحوه تنظیم احساسات و هیجانات درونی تغییر ایجاد کند، مثلاً اگر باور به پذیرش خود و یا بخشیدن خود و دیگران داشته باشید اما در هنگام برانگیخته شدن احساسات نتوانید خود را بپذیرید و یا خود و دیگران را ببخشید به سلامت معنوی دست پیدا نمی‌کنید، به عبارتی علم باید به عمل تبدیل گردد که به سلامت معنوی منجر شود و صرفاً حفظ مفاهیم معنوی منجر به معنوی تر شدن ما نمی‌گردد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روان و سلامت معنوی در نیروهای پلیس می‌تواند توسط یک مدل شامل متغیرهای باورهای فراشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان پیش‌بینی شود. در این مدل باورهای فراشناختی فرد که شامل دیدگاه مثبت و منفی راجع به کنترل افکار و نشخوار فکری است، هم به طور مستقیم سلامت روان بدتر را پیش‌بینی می‌کند و هم با پیش‌بینی مثبت راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگارانه سلامت روان و سلامت معنوی بدتر را پیش‌بینی می‌کند و بالعکس هرچه باورهای فراشناختی فرد کمتر باشد راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه را به صورت مثبت پیش‌بینی می‌کند که منجر به سلامت روان و سلامت معنوی بهتر می‌شود. باتوجه به این یافته‌ها مهم است که برای افزایش سلامت روان و سلامت معنوی نیروهای پلیس، راه‌هایی از جمله کارگاه‌های آموزشی جهت کاهش باورهای فراشناختی و همچنین افزایش استفاده از روش‌های سازگارانه تنظیم هیجان و کاهش استفاده از روش‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان در دستور کار قرار گیرد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم امکان انجام مصاحبه و بررسی ملاک‌های ورود و خروجی شامل وجود اختلال روانپزشکی در فرد بود که می‌تواند نتایج را به یک سمت منحرف کرده باشد و تعمیم یافته‌ها را دشوار کند. همچنین محدودیت دیگر استفاده از ابزار خودگزارشی پرسش‌نامه بود که سوگیری در پاسخگویی ایجاد می‌کند و همچنین به دلیل انتشار پرسش‌نامه توسط واحد مطالعات در نیروی پلیس ممکن است به دلیل نگرانی از هرگونه تأثیر این اطلاعات بر شغل فرد، پاسخ‌دادن سوگیرانه یا پنهان‌کارانه بوده باشد. محدودیت دیگر حساس بودن اطلاعات و پرسش‌نامه‌ها برای گروه شغلی پلیس است که پیشاپیش امکان اجرای تست‌هایی با سؤالات حساس برانگیز را دشوار می‌کند. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه عدم امکان تعمیم نتایج به نیروهای پلیس در کل کشور مخصوصاً مناطق حادثه‌خیزتر و خطرناک‌تر مانند مرزهای کشور بود.

پیشنهاد می‌گردد برای جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه استفاده گردد تا بدین گونه بهتر بتوان متغیرهای مطالعه را بدون سوگیری اندازه‌گیری کرد و از سوءبرداشت‌های احتمالی آزمودنی‌ها جلوگیری نمود. همچنین

پیشنهاد می‌شود از روش آزمایشی برای بررسی روابط علت و معلولی متغیرهای مطالعه استفاده شود، برای مثال با برگزاری یک کارگاه در حوزه افزایش اهمیت رفتارهای فرانقش و باورهای فراشناختی در کارکنان و باورهای فراشناختی بررسی گردد که آیا نحوه تنظیم هیجان فرد پس از کارگاه تغییر می‌یابد و یا متغیرهای سلامت معنوی و سلامت روان تغییری می‌کنند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نمونه‌های متنوعی از سایر نیروهای مسلح و سایر کارمندان دولت با نیروهای پلیس مورد مقایسه قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده نمونه فراگیرتری از کل کشور را مورد مطالعه قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با شناسه اخلاق IR.SBMU.TEB.POLICE.REC.1402.071 در کمیته اخلاق معاونت بهداشت، امداد و درمان فرماندهی انتظامی جمهوری اسلامی ایران - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بررسی و تصویب گردیده است.

حامی مالی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت بهداشت، امداد و درمان فرماندهی انتظامی جمهوری اسلامی ایران انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

اجرا و نگارش پژوهش: محمد مهرداد صدر، ایده‌پردازی، نظارت و هدایت: محمدعلی عامری، بازننگری و ویراستاری: حمیدرضا سعادت، بررسی و تحلیل روش آماری: حسین رستمی.

تعارض منافع

این بنا بر اظهار نویسندگان در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع ندارند.

تشکر و قدردانی

از تمام نیروهای پلیس تهران که در پژوهش شرکت کردند و همچنین پلیس پیشگیری به دلیل فراهم کردن شرایط انجام پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Chen, B., et al., *Work stress, mental health, and employee performance*. 2022. **13**: p. 1006580.
2. Queirós, C., et al., *Burnout and stress measurement in police officers: Literature review and a study with the operational police stress questionnaire*. 2021. **11**: p. 587.
3. Stogner, J., B.L. Miller, and K.J.A.j.o.c.j. McLean, *Police stress, mental health, and resiliency during the COVID-19 pandemic*. 2020. **45**: p. 718-730.
4. Sirati Nir, M.K., L; Khalili, R; Khalili, R, *The level of perceived stress of medical and non-medical workers in the face of the epidemic of covid 19*. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2021. **26**(3): p. 294-305.
5. Li, N., et al., *The influence of operating room nurses' job stress on burnout and organizational commitment: The moderating effect of over-commitment*. 2021. **77**(4): p. 1772-1782.
6. Asgari, M.H., A; Asgari, P, *The relationship between spiritual intelligence and religious orientation with psychological well-being and existential anxiety in students %J Journal of Research in Educational Systems*. 2016. **9**(31): p. 163-190.
7. WHO, C.O.J.A.Q.G.f.E., *World health organization*. 2020.(91)
8. Lalani, N.J.R., *Meanings and interpretations of spirituality in nursing and health*. 2020. **11**(9): p. 428.
9. Salimi, Z., *Investigating metacognitive beliefs with mental health and job performance of primary teachers in Darudzen region*. 2013, Islamic Azad University of Maroodasht: Maroodasht.
10. Khaledenjad, M., *The effect of teaching metacognitive strategies on academic self-esteem, competence perception and mental health of talented female students of the third high school in Karaj*. 2016, Payam Noor University: Karaj.
11. Shahidi, F.F., *The relationship between metacognitive beliefs and the level of general health and anxiety caused by Kezuna in mothers of children in Rasht kindergartens*. 2022, Ahrar Rasht Institute of Higher Education: Rasht.
12. Heshmati, R., *Metacognition, mindfulness, and spiritual well-being in gifted high school students*. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 2018. **5**(3): p. 22-28.

- ۱۳ Adaryani, M.M., S. Jalili, and K. Roshani, *A study of meta-cognitive strategies, spiritual health and life satisfaction in college students*. Journal of Life Science and Biomedicine, 2013. **3**(5): p. 367-370.
- ۱۴ Khakpour, I ,*The role of spiritual health, emotion regulation and metacognitive beliefs in the tendency to abuse drugs in adolescents*. Quarterly Journal of Medical Ethics, 2019. **12**(43): p. 1-10.
- ۱۵ Banisi, P., *Predicting the Spiritual Health based on Happiness, Metacognitive Beliefs and Subjective Well-being in Medical Students %J medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2019. **62**(December): p. 242-251.
- ۱۶ Habibzadeh, A., M. Beyki, and P. Porzoor, *The Role of Cognitive Emotion Regulation Styles in Predicting students'Mental Health and Academic Performance %J Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2021. **10**(7): p. 105-114.
- ۱۷ eslamiyan, s., r. noury ghasemabadi, and j. hasani, *The Mediating Role of Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Metacognitive Beliefs and Test Anxiety %J Applied Psychology*. 2022. **16**(4): p. 132-111.
- ۱۸ Barghandan, S. and J. Khalatbari, *The Correlation between Cognitive Emotion Regulation and Spiritual Intelligence with Quality of Life among Emergency Department Nurses %J Iran Journal of Nursing*. 2017. **29**(104): p. 46-54.
- ۱۹ Muradmand, M., *Investigating the relationship between emotional health and social health with spiritual health through the mediation of emotion regulation in women*. 2 , ۱۸ Payam Noor University: Nowshahr.
- ۲۰ JavaheriKamel, A., *Factors affecting the psychological health of police forces and comparing it with people in the community*. Scientific Quarterly Journal of Police Organizational Development, 2011. **6**(23): p. 125.۱۳۵-
- ۲۱ Papageorgiou, C.W., Adrian, *A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression*. International Journal of Cognitive Therapy, 2009. **2**(2): p. 123-131.
- ۲۲ Samsami, M., *Cognitive emotion regulation strategies in students with high-risk behaviors: the mediating role of emotional schemas and metacognitive beliefs*. 2013, Khwarazmi University: Tehran.
- ۲۳ Panahi, N.Y., *The mediating role of emotion regulation strategies in the relationship between metacognitive beliefs and attachment styles with high-risk behaviors of adolescent children of neuropsychiatric veterans*. 2014, Khwarazmi University: Tehran.

- .۲۴ Garnefski, N., et al., *Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease*. Journal of adolescence, 2009. **32**(2): p. 449-454.
- .۲۵ Comrey, A.L. and H.B. Lee, *A first course in factor analysis*. 2013: Psychology press.
- .۲۶ Meyers, L.S., G. Gamst, and A.J. Guarino, *Applied multivariate research: Design and interpretation*. 2016: Sage publications.
- .۲۷ Paloutzian, R.F., et al., *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy, 1982.
- .۲۸ Javadi, S.V., M.H. Ghanifar, and M. Esmaeili Darmian, *Investigation of the Role of Spiritual Health in Predicting Psychological Vulnerability of Islamic Azad University Staff, Birjand, Iran %J Religion and Health*. 2021. **9**(1): p. 46-52.
- .۲۹ Goldberg, D.P. and V.F. Hillier, *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Psychological medicine, 1979. **9**(1): p. 139-145.
- .۳۰ Taghavi, S.M., *Validity and Validity of General Health Questionnaire (GHQ)*. Journal of Psychology, 1380. **5**(20): p. 381-398.
- .۳۱ Wells, A. and S. Cartwright-Hatton, *A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30*. Behaviour research and therapy, 2004. **42**(4): p. 385-396.
- .۳۲ Shirinzadeh Dastgiri, S., *Comparison of metacognitive beliefs and responsibility in patients with obsessive-compulsive disorder ,diffuse anxiety and normal people* 2005, Shiraz University: Shiraz.
- .۳۳ Salarifar, H., *Metacognitive beliefs, preventing or facilitating anxiety and academic self-regulation*. . 2013, Shahid Beheshti University: Tehran.
- .۳۴ Garnefski, N. and V. Kraaij, *Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples*. Personality and Individual differences, 2006. **40**(8): p. 1659-1669.
- .۳۵ Besharat, m.a. and s. Bazzazian, *Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population*. Advances in Nursing & Midwifery, 2015. **24**(84): p. 61-70.
- .۳۶ Mohammadkhani, S., et al., *Mediating Role of Emotion Regulation in the Relationship of Metacognitive Beliefs and Attachment Styles With Risky Behaviors in Children of Iran-Iraq War Veterans With Psychiatric Disorders %J Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020. **25**(4): p. 396-411.

- .۳۷ Flavell, J.H.J.A.p., *Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry*. 1979. **34**(10): p. 906.
- .۳۸ Rosenzweig, C.K., Jennifer; Montague, Marjorie, *Metacognitive strategy use of eighth-grade students with and without learning disabilities during mathematical problem solving: A think-aloud analysis*. *Journal of learning disabilities*, 2011. **44**(6): p. 508-520.
- .۳۹ Siri, M.H., *Investigating the relationship between mental health and organizational citizenship behavior of Pakdasht teachers in the academic year of 2010*. 2010, Islamic Azad University, Garmsar branch: Garmsar.
- .۴۰ Rouhollahi, M., et al., *Investigating the Role of Personality Characteristics and Psychological Health on Organizational Citizenship Behavior in Mazandaran Technical and Vocational Training Organization %J Karafan Quarterly Scientific Journal*. 2020. **17**(3): p. 63-80.
- .۴۱ Tanyi, R.A., *Towards clarification of the meaning of spirituality*. *Journal of advanced nursing*, 2002. **39**(5): p. 500-509.