

تبیین سهم مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در پیش‌بینی نشانگان اضطرابی و وسواسی در جمعیت غیربالینی

منصور بیرامی^۱، یزدان موحدی^{۲*}، کلثوم کریمی‌نژاد^۳

۱. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۲. دکترای علوم اعصاب شناختی، دانشکده طراحی اسلامی، دانشگاه هنر اسلامی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول).
۳. دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

چکیده

مقدمه: فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم دربرگیرنده ی دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط باورهای فراشناختی با نشانگان اضطرابی و علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی انجام شده است.

روش: تعداد ۳۲۷ نفر (۱۸۲ دختر و ۱۴۵ پسر) از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان به صورت تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و علاوه بر اطلاعات دموگرافیک به پرسش نامه های باورهای فراشناختی ولز و کارترایت، اضطراب بک و علائم وسواسی مادزلی پاسخ دادند. تحلیل داده ها با روش های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند گانه انجام شد.

نتایج: بین نمرات افراد در مولفه های باورهای فراشناختی با نشانگان اضطرابی و علائم وسواسی همبستگی مثبت معناداری وجود داشت، به عبارتی با افزایش نمره ی فرد در مقیاس فراشناختی، نشانگان اضطرابی و علائم وسواسی فرد بیشتر می‌شود. هم چنین، رابطه ی نمره کلی با نمرات افراد در ابعاد کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی معنی داری بود ($P < 0.001$). همچنین بین دختران و پسران از نظر باورهای فراشناختی تفاوت معنی داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی، تحمل و پذیرش هیجان‌نا منفی، می‌تواند به بیماران وسواسی کمک کند تا یاد بگیرند با افکار وسواسی خود به‌طور مؤثری کار کنند. باورهای فراشناختی از عوامل موثر در سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌هایی که شیوه ناسازگارانه ی تفکرات منفی را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند به بهبود وضعیت سلامت روانی دانشجویان کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: باورهای فراشناختی، نشانگان اضطرابی، علائم وسواسی.

*Email: y.movahedi@tabriziau.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۲، پیاپی ۲۷
پاییز و زمستان ۱۳۹۵
صص: ۱۴۲-۱۳۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۰۳

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No. 2, Serial 27

Autumn & Winter
2016-2017

pp.: 135-142

مقدمه

اضطراب، یک حالت ناخوشایند و مبهم است که به هنگام پیش بینی بروز خطر نامعلوم احساس می‌شود [۱]. وقتی اضطراب ایجاد می‌شود، سامانه شناختی را با خود هم سو می‌کند و افکار و قضاوت‌های مطابق با اضطراب برانگیخته می‌شوند. هر فرد، ارزیابی‌ها و قضاوت‌هایی را درباره کنترل ناپذیری، میزان خطر، مفید بودن، مدت ادامه و توان مقابله خود با اضطراب دارد [۲]. وقتی این ارزیابی‌ها منفی باشند و قضاوت فرد درباره کنترل پذیری یا توان مقابله خود کم برآورد شود، منجر به ایجاد اضطراب و نگرانی افزون بر اضطراب اولیه خواهد شد. این اضطراب ثانویه ناشی از ارزیابی‌های منفی درباره اضطراب، اضطراب فراشناختی نامیده می‌شود [۳]. در حال حاضر درمان اختلالات اضطرابی بیشتر متکی بر نظریات رفتاری و شناختی- رفتاری هستند. این درمانها در بیشتر موارد تاثیرگذار بوده اند [۳]. از سویی، اختلال وسواسی اجباری یکی از اختلال‌های اضطرابی، با مشخصه افکار، ایده‌ها، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، نامناسب و تکراری است که اضطراب و مقاومت ذهنی (وسواس‌ها) را بر می‌انگیزد و بنابراین فرد را برای خنثی کردن ترس وسواسی یا عمل بر پایه قواعد انعطاف ناپذیر، مجبور به انجام رفتارهای آشکار یا پنهان (تشریفات اجباری) می‌کند. موضوع رایج در وسواس، آلودگی، پرخاشگری، مسایل جنسی، مذهب، مسئولیت برای آسیب، گردآوری و تقارن است [۴، ۵].

از سویی میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی- جبری در جمعیت عمومی حدود دو تا سه درصد است. طبق تخمین برخی از پژوهشگران، اختلال وسواسی- جبری در بسیاری از بیماران سرپایی مطب‌ها و درمانگاه‌های روان پزشکی ده درصد گزارش می‌شود [۶]. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [۷] نشانه اختلال وسواسی- اجباری، حضور افکار، تکانه‌ها و تصاویر آشفته سازی که موجب ناراحتی، رنجش و اضطراب در فرد می‌شود. این اختلال با افکار یا رفتارهای جبری تکراری همراه است که بیمار برای کاهش ناراحتی ایجاد شده و در پاسخ به وسواسها مجبور است آنها را انجام دهد. اختلال وسواسی- اجباری یک اختلال شدید روانی با شیوع ۲ تا ۳ درصد در جمعیت عمومی [۸] و چهارمین اختلال شایع روانپزشکی در امریکا [۱] است. علائم اختلال وسواسی- اجباری به طور معناداری در عملکرد عمومی کودکان و بزرگسالان مبتلا مداخله می‌کند و به ناسازگاری در خانواده یا محیط‌های دانشگاهی منجر می‌شود. این اختلال با کیفیت زندگی پایین همراه است [۸].

در این راستا، در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و وسواسی، سازه‌ی فراشناختی جایگاه ویژه‌ای به خود اختصاص داده است. فراشناخت مفهومی چندوجهی است که دربرگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند. در سالهای اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلالات روان شناختی مورد بررسی قرار گرفته است [۲].

این اصطلاح در سال ۱۹۷۶ از سوی فلاول^۱ مطرح شده که به دانش فرد درباره فرایندهای شناختی خویش و مهارت در کنترل این فرایندها اشاره دارد [۹]. این اصطلاح نخستین بار در روند رشد شناختی به کار رفت و بتدریج به سایر حوزه‌های روانشناسی [۱۰] و حتی فلسفه [۱۱] هم وارد شد. اکثر پژوهشگران فراشناخت را دارای دو جز می‌دانند: دانش فراشناختی و نظم فراشناختی [۱۲]. دانش فراشناختی به میزان اطلاعات فرد از شناخت خود، توانایی‌های خود در یادگیری، ویژگی‌های شخصی، ویژگی‌های تکلیف و راهبردهای یادگیری اشاره دارد، در حالی که نظم فراشناختی، کاربرد این اطلاعات در فرایند یادگیری، از جمله انتخاب راهبرد مناسب و اختصاص زمان کافی است. فراشناخت نوعی دانش است هم درباره خود و هم درباره آن چه بایستی یادگرفته شود، درعین حال فراشناخت، مهارت کاربرد این دانش و برنامه ریزی براساس این نیز هست [۳].

کارترایت - هاتون^۲ و ولز جهت ارزیابی روان سنجی افکار و باورهای فراشناختی پرسش‌نامه‌ی فراشناختی را در پنج بعد زیر طراحی کرده اند: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی؛ مثل این که نگرانی به من کمک می‌کند تا مقابله کنم. ۲- باورهای منفی درباره نگرانی که تمرکزشان بر غیر قابل 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 آسیب پذیری هیجانی دارند و به لحاظ مفهومی به ساختارهایی مثل خودآگاهی و شکست شناختی مرتبط می‌شوند و بر ابعاد واقعی و خصوصیات حقیقی تأکید دارند [۱۳].

نظریه فراشناختی بر این باور است که ماهیت بسیاری از رفتارهای مقابله‌ای، سرکوبی است. سرکوبی افکار ناخوشایند منجر به افزایش یا بازگشت افکار سرکوب شده می‌شود،

¹ Fllawell

² Cartwright- Hatton

ب) مولفه‌های باورهای فراشناختی با نشانگان وسواسی رابطه دارد.

ج) بین دختران و پسران از نظر باورهای فراشناختی تفاوت وجود دارد.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی و پیش بین بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بودند.

ب) نمونه پژوهش: نمونه مورد مطالعه شامل ۳۲۷ نفر بودند، که به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند.

بدین صورت که ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی لرستان ابتدا چهار دانشکده پزشکی، پرستاری و مامایی، دندانپزشکی و بهداشت انتخاب شده و از هر دانشکده نیز ۹۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند، و از هر دانشکده نیز شش کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد و از هر کلاس نیز ۱۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شد. همچنین، ۳۳ پرسش نامه به دلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شدند.

اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه‌های بی نام در اختیار دانشجویان قرار داده شد و از آنان خواسته شد که با توجه به اهمیت اهداف تحقیق، اطلاعات خواسته شده را با دقت و صداقت در پرسشنامه درج نمایند. شرکت در پژوهش برای دانشجویان اختیاری بوده و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و تنها به صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت. معیار ورود به پژوهش اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش و تمایل دانشجویان به شرکت در پژوهش بود. دانشجویان مهمان در دانشگاه و انتقالی وارد مطالعه نشدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار «اس. پی. اس. اس. ۲۱» تجزیه و تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

۱) مقیاس باورهای فراشناختی: مقیاس فراشناخت ساخته ولز و کارت رایت هاتون [۱۹] است. یک مقیاس ۳۰ گویه ای خودگزارشی است که باورهای افراد را درباره

بنابراین چنین راهبردی در بلند مدت پیامد وارونه خواهد داشت [۱۴]. نظریه ولز را می توان یک پیشرفت در امر مفهوم سازی و درمان اختلالات اضطرابی برشمرد. هم چنین پژوهش ها نشان داده اند که درمان فراشناختی، درمان نسبتا موفقی بوده است [۳، ۱۲] همچنین اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، نشانه های افسردگی همبود یا وسواس ها و اجبارهای انباشت با بینش ضعیف مرتبط هستند [۱۵].

از دیدگاه ولز هنگامی که قضاوت معیوب و منفی با احساسات ذهنی درباره خطر و مقابله با آن همراه شوند، اضطراب رخ داده و حفظ می شود. وی معتقد است که پردازش های معیوب شناختی و فراشناختی علت اضطراب و افسردگی هستند و نه محتوای شناختی آن گونه که بک و همکارانش عقیده دارند [۳]. فراشناخت به عنوان یک عامل مهم در پدیدآیی و حفظ اختلالات روانی از جمله اضطراب منتشر [۱۲] و اختلال وسواسی-اجباری [۱۶] شناخته شده است [۳].

لوبان^۱، هدوک^۲، ایندرمن^۳ و ولز [۱۷] بر اساس پژوهشی مطرح کردند که باورهای فراشناختی در بیماران اختلال اضطرابی بویژه در اختلال اضطراب فراگیر، پانیک، وسواس فکری و عملی و اختلال پس از سانحه بیشتر مختل است. فراشناخت به ساختارها، دانش و فرایندهای روان شناختی اشاره می کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت ها سر و کار دارد. بر اساس نظریه پردازان های اخیر فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال های روانشناختی است [۱۸]. بر اساس نتایج پژوهش ولز و کارت رایت بیمارانی که دچار اختلال تعمیم یافته و اختلال وسواس فکری عملی هستند در مقایسه با افراد غیر بیمار از توانش شناختی در سطح پایینی قرار دارند [۱۹]. ملینگر^۴ و آلدن^۵ در پژوهش خود دریافتند افرادی که دارای اضطراب بالاتر هستند، نسبت به افرادی که اضطراب پائین تری دارند نشخوار پس رویدادی بیشتری را گزارش می کنند [۲۰]. با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهش فوق پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه باورهای فراشناختی با نشانگان اضطرابی و وسواسی در جمعیت غیر بالینی انجام شد؛ بنابراین فرضیه های پژوهش حاضر به قرار زیر می باشند:

الف) مولفه‌های باورهای فراشناختی با نشانگان اضطرابی رابطه دارد.

¹ Lobban

² Haddock

³ Einderman

⁴ Mellings

⁵ Alden

⁶ SPSS 21

ندارد و فقط یک نمره کلی بدست می آید.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری داده های گردآوری شده ابتدا از ضریب همبستگی پیرسون و سپس رگرسیون چند متغیره به روش همزمان استفاده گردید.

نتایج

وضعیت جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان می دهد که میانگین سنی آنها ۲۳/۳۱ با انحراف استاندارد ۵/۶۵ می باشد. ۰/۱۷/۴ از دانشجویان متأهل و مابقی مجرد بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش نشان داده شده اند. همان طور که مشاهده می شود از بین مؤلفه های باورهای فراشناختی، وقوف شناختی با ۱۹/۸۴ بیشترین میانگین را دارد و باورهای مثبت درباره نگرانی با میانگین ۱۰/۰۸ دارای کمترین میانگین می باشد. میانگین اضطراب ۲۳/۱۹ و وسواس ۱۲/۴۶ می باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۰/۰۸	۲/۴۵
کنترل ناپذیری	۱۵/۲۵	۴/۳۵
اطمینان شناختی	۱۱/۰۹	۲/۶۴
نیاز به کنترل فکر	۱۱/۳۳	۳/۳۹
وقوف شناختی	۱۹/۸۴	۴/۱۳
اضطراب	۲۳/۱۹	۵/۷۴
وسواس	۱۲/۴۶	۳/۱۱

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین مؤلفه های باورهای فراشناختی با نشانگان اضطرابی و علائم وسواسی همبستگی معناداری وجود دارد، که در سطح $P < 0/01$ معنادار می باشد (جدول ۲)؛ به عبارت دیگر با افزایش نمرات فرد در مؤلفه های باورهای فراشناختی نمره ی وی در نشانه های اضطرابی و علائم وسواسی افزایش می یابد.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که باورهای فراشناختی با $F = ۸/۰۳$ ، $r^2 = ۱۳$ درصد از واریانس نشانگان اضطرابی را در سطح $P < 0/01$ تبیین می کند (جدول ۳). و در این بین مؤلفه های نیاز به کنترل فکر و کنترل ناپذیری سهم معناداری داشتند.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که باورهای فراشناختی با $F = ۱۳/۵۰$ ، $r^2 = ۲۱$ درصد از واریانس علائم وسواسی را در سطح $P < 0/01$ تبیین می کند (جدول ۴)، و در این بین مؤلفه اطمینان شناختی، نیاز به کنترل فکر و وقوف شناختی سهم معناداری داشتند.

تفکرشان می سنجد. در ایران شیرین زاده دستگیری [۲۱] ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله زمانی چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است. مولفه های این مقیاس شامل باور مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل فکر، وقوف شناختی و کنترل ناپذیری می باشد.

۲) مقیاس اضطراب بک: این مقیاس توسط آرون بک طراحی شده است و شامل ۲۱ سوال است و هر سوال چهار گزینه دارد (۳-۰) که حالتی از افزایش شدت است. دامنه نمره ها از ۰ تا ۶۳ می باشد. این پرسشنامه بیش تر بر جنبه های فیزیولوژیکی اضطراب تاکید دارد. بک^۱ و کلارد^۲ [۲۲] همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این آزمون در ایران، با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. هم چنین، در بررسی روایی این آزمون با کاربرد روش تجربی روایی افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار، T در سطح کم تر از ۰/۰۰۱ معادل ۱۲/۳ گزارش شده است [۲۲]. لازم به ذکر است که نقطه برش این مقیاس ۲۳ می باشد.

۳) مقیاس وسواسی-اجباری مادزلی: این مقیاس توسط راجمن و هادسن ساخته شده است و دارای ۳۰ ماده دو گزینه ای (درست یا نادرست) است که خود فرد به آن پاسخ می گوید که برای اندازه گیری علائم وسواس فکری و عملی طراحی شده است [۲۳]. این پرسشنامه انواع گوناگون نشانه های وسواس فکری و عملی را در بیماران که وسواس دارند، مشخص می سازد. این آزمون ابزار تشخیصی به شمار نمی رود، ولی ابزاری پژوهشی برای دسته بندی بیماران مبتلا به نشانه های وسواسی است. نمره این آزمون بین ۰ تا ۳۰ خواهد بود که بیانگر وجود علائم وسواسی اجباری بیشتر است. اعتبار آزمون به طور کلی بیش از ۰/۸ است. حساسیت آزمون نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین می باشند [۲۳]. در ایران دادفر [۲۴] ضریب اعتبار کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواسی-اجباری یل- براون^۳ (۰/۸۷) گزارش نموده است. لازم به ذکر است که نقطه برش این مقیاس ۱۵ می باشد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه هیچ گونه مؤلفه ای

¹ Beck

² Klard

³ Yale-Brown

جدول ۲. نتایج ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

کنترل ناپذیری	وقوف شناختی	نیاز به کنترل فکر	اطمینان شناختی	باور مثبت درباره نگرانی	اضطراب	وسواس	۱
							وسواس
					۱	۰/۲۳۸*	اضطراب
				۱	۰/۲۳۱**	۰/۲۹۴*	باور مثبت درباره نگرانی
			۱	۰/۲۷۲*	۰/۲۳۸*	۰/۳۵۵*	اطمینان شناختی
		۱	۰/۴۵۲*	۰/۲۰۹*	۰/۲۶۲*	۰/۳۱۳	نیاز به کنترل فکر
	۱	۰/۱۵۱	۰/۳۷۴**	۰/۲۴۶*	۰/۱۸۳*	۰/۲۷۴*	وقوف شناختی
۱	۰/۳۵۴**	۰/۲۲۳*	۰/۳۱۶**	۰/۶۲۶*	۰/۲۹۸*	۰/۳۰۶**	کنترل ناپذیری

سطح ۰/۰۱** سطح ۰/۰۵*

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون باورهای فراشناختی با نشانگان اضطرابی

P	R2	R	F	T	Beta	SE	B	متغیرهای پیش بین
۰/۰۰۱	۰/۱۳۸	۰/۳۷۲	۸/۰۳					مدل کلی
۰/۵۶۲				۰/۵۸۱	۰/۰۴۴	۰/۰۷۹	۰/۰۴۶	باور مثبت درباره نگرانی
۰/۳۴۲				۰/۹۵۲	۰/۰۶۸	۰/۰۸۰	۰/۰۷۶	اطمینان شناختی
۰/۰۱۰				۲/۵۸	۰/۱۷۱	۰/۰۷۷	۰/۱۹۸	نیاز به کنترل فکر
۰/۴۱۸				۰/۸۱	۰/۰۵۳	۰/۰۵۴	۰/۰۴۴	وقوف شناختی
۰/۰۱۵				۲/۴۴	۰/۱۹۲	۰/۰۵۳	۰/۱۲۹	کنترل ناپذیری

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون باورهای فراشناختی با علائم وسواسی

P	R2	R	F	T	Beta	SE	B	متغیرهای پیش بین
۰/۰۰۱	۰/۲۱۲	۰/۴۶	۱۳/۵۰					مدل کلی
۰/۰۸۸				۱/۷۱	۰/۱۲۴	۰/۰۸۲	۰/۱۴۱	باور مثبت درباره نگرانی
۰/۰۱۴				۲/۴۷	۰/۱۶۸	۰/۰۸۳	۰/۲۰۶	اطمینان شناختی
۰/۰۰۷				۲/۷۲	۰/۱۷۲	۰/۰۸۰	۰/۲۱۷	نیاز به کنترل فکر
۰/۰۵۵				۱/۹۲	۰/۱۲۱	۰/۰۵۶	۰/۱۰۹	وقوف شناختی
۰/۲۱۰				۱/۲۵	۰/۰۹۴	۰/۰۵۵	۰/۰۶۹	کنترل ناپذیری

جدول ۵. مقایسه‌ی نمرات دختران و پسران از نظر متغیرهای پژوهش

P	T	متغیر
۰/۴۹۸	۰/۶۷۸	باورهای مثبت درباره نگرانی
۰/۴۴۶	۰/۷۶۳	کنترل ناپذیری
۰/۲۴۹	۱/۱۵	اطمینان شناختی
۰/۶۲۳	۰/۴۹۲	نیاز به کنترل فکر
۰/۸۶۰	۰/۱۷۶	وقوف شناختی
۰/۴۰۶	۰/۸۳۲	اضطراب
۰/۰۸۲	۱/۷۴	وسواس

شود و همین امر موجب تداوم ناراحتی هیجانی می‌شود. از سوی دیگر باورهای فراشناختی کنترل ناپذیری باعث می‌شود، افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسأله در سلامت روانی آنها تأثیر منفی می‌گذارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که باور کنترل ناپذیری و خطر به باورهای فرد در مورد کنترل ناپذیری افکار و اینکه 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

نتایج نشان داد که در هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش بین پسران و دختران تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی با نشانگان اضطرابی و اختلال وسواسی-جبری بود. در مطالعه‌ی حاضر بین باورهای فراشناختی با نشانگان اضطرابی همبستگی مثبت معناداری بدست آمد و این نتیجه با یافته‌های [۱۶، ۲۵، ۲۶] همخوان می‌باشد. یکی از ویژگی‌های اختلال‌های روان شناختی نظیر اضطراب آن است که تفکر دچار سوگیری شده و کنترل آن دشوار می‌

حس درونی را بوجود بیاورند که می‌توانند با تهدید بطور موثر درگیر شوند. بنظر می‌رسد که یک فرایند مشابه در بعضی از انواع رفتارهای وسواسی وجود دارد که در آنها فرد احساس اجباری می‌کند تا سلسله رفتارهای آشکار یا پنهان را انجام دهد تا زمانی که احساس درونی شده ارضا شود. این حالت درونی بعنوان یک علامت عمل می‌کند که می‌تواند سلسله رفتارهای خنثی ساز را متوقف کند. با این وجود استفاده از راهبردهای نگرانی یا وسواسی فکری برای خودتنظیمی مساله‌ساز هستند، آنها اطلاعاتی فراهم نمی‌کنند که باورها یا ارزیابی‌های منفی را رد کنند. آنها امکانات مهم پردازش را بکار می‌برند که دوره‌های پردازش متمرکز بر خود را طولانی می‌کنند و ممکن است عملیات دیگر نظیر پردازش هیجانی را دچار سوگیری یا اختلال نمایند. اگر راهبردهای رویارویی و پردازش با تغییر باورها یا حذف ماهیت تهدید به کاهش تناقض منجر شود، احتمال کمتری دارد که کنش اجرایی خود تنظیمی با قرار گرفتن در معرض محرک‌های تهدید آمیز مجدداً فعال شوند. مدل درمان فراشناختی ولز از طریق اصلاح باورهای فراشناختی این کنش را در بیماران وسواسی اصلاح می‌کند و باعث کاهش نشانه‌های وسواسی در فرد می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دختران و پسران از نظر باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود ندارد. که شاید به دلیل استفاده از راهبردهای مشابه تنظیم شناختی هیجان در پسران و دختران باشد. محققان دیگر نیز در مطالعات خود نشان داده اند که بین دختران و پسران در باورهای فراشناختی تفاوتی وجود ندارد. از جمله دلایلی که برای عدم تفاوت دختران و پسران در این زمینه وجود دارد، مطالعاتی است که عمدتاً در زمینه تفاوت‌های جنسیتی صورت گرفته و تفاوت‌های دختران و پسران را در چهار زمینه مطرح نموده اند که عبارتند از: توانمندی‌های کلامی (بیشتر در دختران)، توانمندی‌های دیداری-فضایی (بیشتر در پسران)، توانمندی‌های ریاضیات (بیشتر در پسران) و پرخاشگری (بیشتر در پسران). در زمینه شناختی که بحث فراشناخت نیز در آن مقوله می‌گنجد، در زمینه طرح تفاوت جنس ها مطالعه ای نشده است. ضمن اینکه اگر تفاوتی نیز در این زمینه مشاهده شود، بیشتر تفاوت‌هایی است که بار فرهنگی دارد.

به لحاظ کاربرد بالینی این یافته‌ها نشان می‌دهند که می‌توان به دانشجویان آموزش داد که باورهای فراشناختی خود را تغییر داده و در نتیجه از سلامت روانی بیشتری برخوردار باشند. به منظور آشنایی با اهمیت، کاربرد و نقش مؤلفه‌های تأثیرگذار بر اختلال اضطرابی و وسواس، برگزاری

اضطراب و افسردگی 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 مساله در سلامت روانی آنها تأثیر منفی می‌گذارد [۲۷]. اسپادا^۱ و هیو^۲ معتقدند که فعال شدن باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر باعث می‌شود افراد دچار تنش عاطفی شوند [۳]. همچنین پژوهش راسیس^۳ و ولز نیز بیانگر این است که باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و خطر با تداوم استرس رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد [۲۸].

جی ویلیام^۴، ولز، کارت رایت و هت تون^۵ [۲۹]، ولز و پاپاجورجیو [۱۶] و میرز و ولز [۲] مطرح می‌کنند که باورهای فراشناختی از مهمترین عوامل ایجادکننده و تداوم دهنده در اختلال‌های هیجانی بوده و شکلی کلی از آسیب-سناسی اختلال‌های اضطرابی می‌باشد.

فرضیه‌ی بنیادی در کنش اجرایی خودنظم بخش این است که فراشناخت‌ها نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد دارند و باعث شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی می‌شوند. در این رابطه اسپادا و همکاران معتقدند که باورهای فراشناختی نقش میانجی بین ادراک استرس و بروز هیجانات منفی بازی می‌کند [۳۰]. نتایج پژوهش‌های دیگر نیز بیانگر این است که باورهای منفی فراشناختی با تداوم استرس رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارد [۳۱].

همچنین یافته‌های مطالعه‌ی حاضر حاکی از رابطه‌ی مثبت بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی بود و این نتیجه با یافته‌های پژوهش میرز و ولز همخوان است [۸].

مطالعات مختلفی از نقش علی فراشناخت در ایجاد و تداوم اختلالات روانشناختی بویژه علائم وسواسی حمایت می‌کند [۳۲]. نتایج این پژوهش نیز در جهت تایید مدل فراشناختی اختلال وسواسی-جبری ولز می‌باشد.

مدل کنش اجرایی خودتنظیمی ولز [۳۳] بیان می‌کند که اختلال روانشناختی با سندرم پاسخ‌های شناختی-توجهی ارتباط نزدیک دارد که بوسیله‌ی توجه متمرکز بر خود، پردازش باورهای منفی در مورد خود، نگرانی و نشخوار ذهنی، بازبینی خطر و بکارگیری انواع خاصی از روش‌های رویارویی که مطلوب است. در چنین مواردی افراد از توالی‌های فاجعه آمیز افکار استفاده می‌کنند تا بتوانند این

¹ Spada

² Hue

³ Roussis

⁴ Gwilliam

⁵ Hatton

9- Prins, Veenman, M. V. J., & Elshout, J. J. (2006). The impact of intellectual ability and metacognition on learning: New support for the threshold of problematicity theory. *Learning and Instruction*, Vol 16, pp.374-387.

10- Metcalfe, J., & Shimamura, A. (1994). *Knowing about knowing*. Cambridge, MA: Bradford Books.

11- Nelson, T. O. (1996). Consciousness and metacognition. *American Psychologist*, 102-116.

12- Wells, A. (2005). The meta-cognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSMIV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, Vol 29, pp.107-121.

13- Papageorgiou C, Wells A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res*, Vol 27, pp. 261-73.

14- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, Vol 37, pp. 1029-1054.

۱۵- طوبائی مصطفی؛ شعیری محمدرضا؛ قائدی غلامحسین؛ شمس گیتی (۱۳۹۳). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). سال ۲۱، دوره ۱۱؛ صص ۱۳۲-۱۲۱.

16- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. *Behavior Research and Therapy*, Vol 36, pp.899-913.

17- Lobban, F. Haddock, E. Einderman, P. & Wells, A. (2002). The role metacognitive beliefs in auditory hallucination. *Personality and Individual Differences*. Vol 32, pp. 1351-1363.

۱۸- یعقوبی ابوالقاسم؛ علیزاده گلاویژ؛ صوفی صلاح. (۱۳۹۴). پیش‌بینی استرس ادراک شده بر اساس باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). سال ۲۲، دوره ۱۲، صص ۷۴-۶۵.

19- Wells, A. Certwright-Hatton, S. (2004). A short form of metacognitons uestionnaire. *Behaviour Research and therapy*, Vol 42, pp. 385-396.

کارگاه‌های آموزشی برای دانشجویان ضروری بنظر می‌رسد. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده است از جمله اینکه از پرسشنامه‌های خود گزارش دهی استفاده شده است.

منابع

1- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

2- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognition and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol 19, pp. 806-817.

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

4- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., & Hajcak G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, Vol. 14, pp 485-496.

5- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radosky, A. S., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, Vol 24, pp283-313.

6- Torresan RC, Ramos-cerqueira AT, de Mathis MA, Diniz JB, Ferrao YA, Miquel EC, Torres AR. Differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Compr psychiatry*. 2014. Vol 50, pp. 9-63.

۷- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویرایش دوم). نیکخو، محمدرضا؛ آوادایس یانس، هامایاک، مترجمان، (۱۳۸۱). (چاپ چهارم). تهران: سخن.

۸- شاره حسین؛ غرابی بنفشه؛ عاطف وحید محمدکاظم (۱۳۹۰). مقایسه درمان فراشناختی، فلوکسامین و درمان ترکیبی در بهبود ابردهای کنترل فکرونشانه‌های توقف دراختلال وسواسی-اجباری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۷، شماره ۳، صص ۲۰۷-۱۹۹.

۳۱- فرنام علی رضا؛ قلی زاده حسین؛ پیرزاده جابر؛ حکمتی عیسی؛ رسولوند صادقی احمد (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی بیماران افسرده، وسواسی-اجباری و گروه سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سال ۱۸، شماره ۴، صص ۳۳۹-۳۴۸.

۳۲- محمدخانی شهرام؛ فرجامریم (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکری با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی. مجله روانشناسی بالینی، سال ۱، شماره ۳، صص ۵۱-۳۵.

۳۳- ابوالقاسمی عباس؛ حسنعلی زاده مهدیه؛ کاظمی رضا؛ نریمانی محمد (۱۳۸۹). تاثیر درمانهای فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. مجله علوم رفتاری، سال ۴، شماره ۴، صص ۳۱۲-۳۰۵.

20- Mellings, T. M. B. & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, Vol 38, pp. 243-257.

۲۱- شیرین زاده دستگیری، صمد (۱۳۸۵). مقایسه باورهای فراشناختی و مسولیت پذیری در بیماران دچار اختلال وسواسی-اجباری، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.

۲۲- کاظمی، حمید. (۱۳۸۲). مقایسه تحریف های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

23- Rachman S, Hodgson R. (1997). Obsessive compulsive complains. *Behavior Research and Therapy*. Vol 15, pp. 389- 395.

۲۴- دادفر محبوبه؛ بوالهروی جعفر؛ ملکوتی کاظم؛ بیان زاده اکبر. (۱۳۸۴). بررسی شیوع نشانه های اختلال وسواسی-جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۷، شماره ۲، صص ۳۲-۲۷.

25- Matthews, G., Hillyard, E. J., & Campell, S.E. (1999). Metacognition and aladaptative coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol 6, pp. 111-126.

26- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusion: The Metacognitions Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorder*, Vol 11, pp. 279-315.

۲۷- عاشوری احمد؛ وکیلی یعقوب؛ بن سعید سارا؛ نوعی زهرا (۱۳۸۸). باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال ۱۱، شماره ۱، صص. ۲۰-۱۵.

28- 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*. Vol 2006, pp. 79-111.

29- Gwilliam, G., Wells, A., & Cartwright-hatton, S. (2004). Dose metacognition or responsibility predict obsessivecompulsive symptoms: A test of the metacognition model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol11, pp. 137-144.

30- 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; Vol26, pp. 1-10.