



«نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی»

سال دهم - شماره ۴۰ - زمستان ۱۳۹۶

ص. ص. ۱۲۷-۱۰۵

اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر افسرده

سیمین غلامرضایی^۱، مهدی یوسفوند^{۲*}

فیروزه غضنفری^۳، علی اصغر فرخزادیان^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۰۸

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۲۶

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت و نگرانی از تصویر بدنی (BICI) دانش‌آموزان دختر افسرده مقطع متوسطه دوم شهر خرم‌آباد بود. این پژوهش به صورت شبه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای افسردگی شهر خرم‌آباد انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (درمان فراشناختی) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تصویر بدنی (BII) فیشر (۱۹۷۹)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۸۸) و مقیاس باورهای فراشناختی ولز و کاتریت - هاتن (۲۰۰۴) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار (SPSS.21) انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد. یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان فراشناختی در کاهش نگرانی از تصویر بدنی (BICI) و باورهای فراشناختی منفی و همچنین افزایش باورهای فراشناختی مثبت، اثربخش است.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، درمان فراشناختی، نگرانی از تصویر بدنی

۱. استادیار گروه روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی دانشگاه لرستان

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

* (نویسنده مسؤل) Mehdi_yousefvand@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی دانشگاه لرستان

۴. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوارسگان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اصفهان، ایران

The Effectiveness of Meta Cognitive Therapy in Meta Cognitive Beliefs Change and Body Image Concern (BICI) of Depressed Female High School Students

Simin Gholamrezaei
Mahdi Yousefvand
Firouzeh Ghazanfari
Ali Asghar Farokhzadian

Date of receipt: 2016.10.29

Date of acceptance: 2017.08.17

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of Meta Cognitive Therapy in the level change of negative and positive Meta Cognitive beliefs and body image concern (BICI) of depressed female high school students in Khorramabad. This research was quasi-experimental with pretest - posttest and control group. The sample consisted of 40 subjects with depression selected from among female high school students in Khorramabad, and randomly assigned to an experimental group (Meta Cognitive Therapy) and a control group. The experimental group in Intervention stage received 9 sessions of 2 hours of Meta Cognitive Therapy. During this period, the control group received no intervention. To collect the data, Body Image Scale (BII) of Fisher (1979), Beck Depression scale (1988) and metacognitive beliefs of Welles and katrait - Hutton (2004), in the pre-test and post-test for both experimental and control groups were used. The research data were analyzed using spss 21 software (SPSS.21) and conducting ANCOVA. The covariance analysis showed significant differences between the two groups. The results showed that Meta Cognitive Therapy in reducing body image concern (BICI) and negative beliefs as well as increasing positive beliefs is effective.

Keywords: positive beliefs, negative beliefs, Meta Cognitive Therapy, body image concern

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است (کامیمورا، نوریان، آساسنیک و رواسرانو^۲، ۲۰۱۰) که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (کیمبرل، مهیر، دی‌بیر، گالیور و موریسست^۳ ۲۰۱۴). پژوهشگران علوم بهداشت روانی - رفتاری بر این باور هستند که بر طبق آمارهای بین‌المللی بین ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی مانند عدم توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری هستند، تصویر بدنی منفی^۴ دارند، دچار تضاد شناختی^۵ می‌شوند، نیاز به کنترل افکار^۶ در آن‌ها دیده می‌شود، احتمال دارد به آسانی دچار حواس‌پرتی و یا مشکلات حافظه شوند (نام، کیم، دویدلر و سونگ^۷، ۲۰۱۶).

فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده است که توجه به درمان و یا کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود (ماهاتی، باگیا، کریستوفر، اسنها و راو^۸، ۲۰۱۵). از دیگر پیامدهای ناخوشایند افسردگی، کاهش باورهای فراشناختی^۹ مثبت مانند خودآگاهی شناختی^{۱۰} و کاهش کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر زندگی فرد بگذارد (لیما و فلک^{۱۱}، ۲۰۱۴). افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند تضاد شناختی، نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی می‌شود (لیانگ، ژبو، یوان، شاوو و بیان^{۱۲}، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با افزایش معنی‌دار باورهای فراشناختی منفی در دانش‌آموزان همراه است (وگت، والدین، هلهامر و مین لسچیمیت^{۱۳}، ۲۰۱۳). از طرفی افسردگی در کودکان و دانش‌آموزان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. فیشر، مورفی، کوردیاک و گولدنر^{۱۴} (۲۰۱۵) با بازنگری پژوهش‌ها نشان دادند که بیش از ۲۰ درصد دانش‌آموزان تا ۱۸ سالگی حداقل یک بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند. آن‌ها افسردگی دانش‌آموزان را با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، نگرانی از تصویر بدنی، باورهای فراشناختی منفی،

1. Depression

2. Akiko, Nourian, Assasnik & Roa

3. Kimbrel, Meyer, DeBeer, Gulliver & Morissette

4. Negative body image

5. Cognitive conflict

6. Need to control thoughts

7. Nam, Kim, DeVlyder & Song

8. Mahati, Bhagya, Christofer, Sneha & Rao

9. Metacognitive beliefs

10. Cognitive self-awareness

11. Lima & Foulce

12. Liang, Zhou, Yuan, Shao & Bian

13. Vogt, Waeldin, Hellhammer & Meinschmidt

14. Fischer, Murphy, Kurdyak, & Goldner

اضطراب اجتماعی و اضطراب شدیدی که با دیگر منابع تنش‌زا مرتبط است. در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. از دیدگاه بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین اضطرابی یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود (شیموتسو و هوریکاوا^۱، ۲۰۱۴). سقوط غیر قابل توجیه تنود حیاتی که این حالت در قلمرو بدنی با خستگی دائم آشکار می‌شود، در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مالیخولیایی که با هشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی واکنش همراه است متجلی می‌شود (جکسر و فرسکو^۲، ۲۰۱۶). ویژگی اصلی افسردگی، یک دوره زمانی حداقل ۲ هفته است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد. همچنین در کنار این نشانه‌ها در فرد، نشانه‌های دیگری مثل احساس بی‌ارزشی، تصویر بدنی تحریف شده، نشخوار فکری، کاهش انرژی، اشکال در تفکر یا تصمیم‌گیری، تغییر در اشتها، تغییر وزن و پرخوری افراطی دیده می‌شود (سیدلر، داویز، رایس، ایف و دهیلون^۳، ۲۰۱۶).

رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن افسردگی و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای درمانی، درمان فراشناختی^۴ است که برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. تحقیقات نظری بک و توصیف پدیده اختلال هیجانی در چارچوب نظریه طرحواره، هنوز هم توضیحات مفید بالینی و غنی در مورد اختلال‌های هیجانی را در اختیار ما قرار می‌دهد (مارینو، وینو، موسس، کاسلی، نایچویچ و اسپادا^۵، ۲۰۱۶). با این حال، مشکلات نظریه شناختی کلاسیک توسط چندین نظریه‌پرداز مورد توجه واقع شده است. به عنوان مثال تیزدل و برنارد (۱۹۸۹؛ نقل از کواتروپانی، لنزو، ماسیمو و ماری^۶، ۲۰۱۵) چهار مشکل زیر را برای نظریه شناختی مطرح می‌کنند: ۱- افکار منفی ممکن است بیش از آن که پیش‌آیند افسردگی باشند، نتیجه افسردگی باشند. ۲- نگرش‌های ناکارآمدی که در خلال دوره‌های افسردگی افزایش می‌یابند، پس از بهبودی به حالت طبیعی باز می‌گردند. ۳- این مدل فقط با یک سطح شناخت سر و کار دارد. ۴- مدل شناختی بین باورهای سرد و گرم (هیجان و منطق) تمایز قائل نمی‌شود.

تیزدل و برنارد با ارائه چارچوب کامل‌تر پردازش اطلاعات و دیدگاه زیر سیستم‌های شناختی متعامل (ISC) سعی کرده‌اند به همه جنبه‌های شناختی مؤثر در حفظ افسردگی توجه کرده و از این طریق به حل مشکلات مطرح شده در بالا بپردازند، با این همه نظریه تیزدل نیز نتوانسته است نقایص نظریه طرحواره را به صورت رضایت‌بخشی برطرف سازد (کواتروپانی و همکاران، ۲۰۱۵). همان‌گونه که

1. Shimotsu & Horikawa
2. Lackner & Fresco
3. Seidler, Dawes, Rice, Oliffe & Dhillon
4. Metacognitive therapy
5. Marino, Vieno, Moss, Caselli, Nikčević & Spada
6. Quattropiani, Lenzo, Massimo & Mary

ولز و ماتیوس^۱ (۲۰۱۰) اشاره کرده‌اند، این دیدگاه که طرحواره را تنها به عنوان اطلاعات نامربوطی بنگریم و این که درمانگر می‌تواند آن‌ها را از ذهن بیمار پاک کند و به جای آن فرضیات واقعی‌تری را جایگزین کند نمی‌تواند مثمرتر باشد، زیرا مردم باورها را شکل می‌دهند و به طور فعال بر اساس قوانین درونی، آن‌ها را مورد تجدیدنظر قرار می‌دهند. بنابراین آن‌چه حائز اهمیت است، صورت‌بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و ساز و کارهایی است که موجب می‌شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار بپردازند. آن‌چه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی کامل برای بازنمایی تعامل بین دانش خود و آشفتگی هیجانی است. ولز در درمان فراشناختی برای افسردگی اساسی روی فهم علل نشخوار فکری متمرکز شده است و درمان او شامل راهبردهایی است که مستقیماً نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند و همچنین درمان مشتمل بر فنونی برای چالش با باورهای فراشناختی منفی (در مورد غیر قابل کنترل بودن افکار افسرده کننده) و باورهای فراشناختی مثبت در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ) است و با تکنیک‌های آموزش توجه ترکیب می‌شود (ولز^۲، ۲۰۰۸). همسو با مدل فراشناختی، تعداد زیادی از مطالعات ارتباط قابل اطمینانی بین تفکر منفی به شکل نشخوار و علائم افسردگی در آزمودنی‌های دیسفوریک، نشان داده‌اند و پیش‌بینی‌های مدل فراشناختی به طور تجربی و فواید درمانی این مدل برای بیماران افسرده مورد ارزیابی قرار گرفته است (تایلچ، آندور و اهرینگ^۳، ۲۰۱۵). همچنین ابعاد عقاید فراشناختی، همبستگی مثبتی با علائم افسردگی در نمونه غیر کلینیکی و در بیماران افسرده نشان داده است. در درمان فراشناختی تکنیکی به نام آموزش توجه برای کاهش نشخوار فکری و نگرانی، افزایش کنترل انعطاف پذیر توجه و افزایش آگاهی فراشناختی مطرح شد و نتایج مطالعات اولیه، در استفاده از این تکنیک امیدوار کننده بوده‌اند. تکنیک آموزش توجه به تنهایی تأثیرات مفیدی در درمان اختلالات مختلف از جمله افسردگی عمده نشان داده است (وس، لیساکر، فرانسیس، هام، بوک، اسک، دیماجیو، لئونهارت، لیفیچ، مهدیون و بریر^۴، ۲۰۱۴). در زمینه ی اختلال افسردگی اساسی، شواهد مقدماتی در مورد اثرات درمان فراشناختی فراهم شده است.

یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان افسردگی به روش درمان MCT توسط گاملی^۵ (۲۰۱۱) صورت گرفت. او به بررسی افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی پرداخت. نتایج نشان داد که ۵۹ درصد دانش‌آموزان دختر و ۴۱ درصد دانش‌آموزان پسر داری اختلال افسردگی هستند. همچنین مشخص شده است که در نوجوانی در بین دختران شایع‌تر از پسران است. از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که درمان MCT به طور معنی‌داری باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی در دانش‌آموزان دختر و

1. Wells & Matius

2. Wells

3. Thielsch, Andor & Ehring

4. Vohs, Lysaker, Francis, Hamm, Buck, Olesek, Outcalt, Dimaggio, Leonhardt, Liffick, Mehdiyoun & Breier

5. Gumley

پسر شده است. شفیع‌سنگ آتش، رفیعی‌نیا و نجفی (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان MCT بر کاهش نشانگان افسردگی دانش‌آموزان دختر نشان دادند که درمان MCT باعث افزایش باورهای مثبت و کاهش باورهای منفی دانش‌آموزان دختر افسرده می‌شود. ربیعی، ساندار، کلاتری، مولوی و بهرامی (۲۰۱۲) در مطالعه خود با عنوان تاثیر درمان فراشناختی بر نگرانی از تصویربندی در بیماران دچار اختلال بدشکل بینی به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی با شناخت عقاید منفی و بدبینانه باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی می‌شود. هم‌دال، هاگن، نوردهی و ولز^۱ (۲۰۱۳) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی باعث کاهش نگرانی بیماران افسرده از تصویر بدنی خودشان می‌شود. این مطالعه که با عنوان بررسی مقایسه‌ای تاثیر دو روش درمان فراشناختی و رفتاردرمانی بر کاهش میزان افسردگی زنان مبتلا به افسردگی عمیق انجام شده بود به این نتیجه نیز دست یافت که درمان فراشناختی نسبت به درمان رفتاری چون بر مؤلفه شناخت و آگاهی بیمار تاکید بیشتری دارد به نسبت بالاتری باعث بهبود نگرانی از تصویر بدنی می‌شود. برخی از مطالعات نیز نشان داده‌اند که استفاده از روش درمان فراشناختی می‌تواند به صورت معنی‌داری باعث کاهش باورهای فراشناختی منفی مانند تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار و تضاد شناختی شود. از طرفی نتایج دیگر این مطالعات این بوده است که درمان فراشناختی به موازات کاهش باورهای فراشناختی منفی باعث افزایش باورهای فراشناختی مثبتی مانند خودآگاهی شناختی و مثبت‌اندیشی می‌شود (ولز، فیشر، ساموئل و تریشناپاتل^۲، ۲۰۰۷؛ پاپاگئورگیوس و ولز^۳، ۲۰۰۳؛ ولز و کینگ^۴، ۲۰۰۶). با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد روش درمانی MCT در درمان افسردگی و نشانگان این اختلال مؤثر باشد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمان MCT در کاهش نگرانی از تصویر بدنی، افزایش باورهای فراشناختی مثبت و کاهش باورهای فراشناختی منفی دانش‌آموزان افسرده است.

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع آزمایشی بود. در این بررسی از طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. گروه آزمایش درمان فراشناختی را دریافت نمودند. جامعه آماری در این پژوهش عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر خرم‌آباد که جمعاً ۳۵۴۸ نفر بودند که از این تعداد ۲۰۵۰ نفر در ناحیه ۱ و ۱۴۹۸ نفر در ناحیه ۲ آموزش و پرورش خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند.

1. Hjemdal, Hagen, Nordahl & Wells
2. Wells, Fisher, Samuel & Trishnapatel
3. Papageorgiou & Wells
4. Wells & King

جامعه آماری

جامعه آماری در این پژوهش عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر خرم‌آباد که جمعاً ۳۵۴۸ نفر بودند که از این تعداد ۲۰۵۰ نفر در ناحیه ۱ و ۱۴۹۸ نفر در ناحیه ۲ آموزش و پرورش خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند. و نمونه مورد مطالعه در این مطالعه هم شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی می‌باشند که به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند.

روش اجرا

ابتدا هماهنگی‌های لازم و مکاتبات اداری با آموزش و پرورش مرکز خرم‌آباد انجام گرفت. سپس با مراجعه به مدارس، مدیران و دبیران توجیه شدند. در مرحله اول، ۶۰۰ دانش‌آموز دختر از بین مدارس دخترانه مقطع متوسطه دوم شهر خرم‌آباد به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شد. سپس دانش‌آموزانی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۰) در مقیاس افسردگی روانی کسب کردند، شناسایی و مورد مصاحبه بالینی (طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم) قرار گرفتند. آزمودنی‌های دارای افسردگی به صورت تصادفی به دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای درمان فراشناختی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس باورهای فراشناختی و پرسشنامه نگرانی در مورد تصویر بدنی را تکمیل کردند. دو هفته پس از درمان مجدداً از آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سرانجام داده‌های حاصله با روش‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های شمول عبارت بودند از: دبیرستانی بودن، عدم مصرف داروهای روان‌گردان، عدم ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (بامصاحبه بالینی)، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (بامصاحبه بالینی)، داشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، مصرف داروهای روان‌گردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، و دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی. لازم به ذکر است افرادی که در لیست انتظار بودند بعد از انجام پژوهش به صورت داوطلبانه تحت درمان قرار گرفتند. درمان فراشناختی گروه آزمایش براساس روش درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۸) انجام شده به این صورت که طی ۹ جلسه ۲ ساعته آموزش‌های لازم به شرح زیر به عمل آمد: جلسه اول؛ فرمول‌بندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی، تمرین تکنیک افزایش توجه، ارائه تکالیف خانگی. جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی، معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی، نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکل آزمایشی، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکالیف خانگی. جلسه سوم: شناسایی ماشه‌چکان‌های نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک‌ها، بررسی نشخوار فکری و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه

چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله، ارائه تکالیف خانگی. جلسه چهارم: بازبینی تکالیف خانگی، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، تکلیف خانگی. جلسه پنجم: بازبینی تکالیف خانگی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تامل تا واکنش (به فکر فرو رفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب) و تکلیف خانگی. جلسه ششم: بازبینی تکالیف خانگی، عقاید مثبت و سطح فعالیت، شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، تکلیف خانگی. جلسه هفتم: بازبینی تکالیف خانگی، شروع نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی. جلسه هشتم: بازبینی تکالیف خانگی، پیشگیری از عود، کار روی عقاید فراشناختی باقی مانده، انتظار ماشه‌چکان‌های آینده و برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبود بیشتر (ولز، ۲۰۰۸).

طرح پژوهش

این پژوهش به صورت شبه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. در این پژوهش درمان به عنوان متغیر مستقل محسوب می‌شود که سطوح آن درمان فراشناخت و عدم مداخله است. متغیرهای تصویر بدنی، باورهای فراشناختی منفی و باورهای فراشناختی مثبت به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

روش تجزیه و تحلیل

در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لون، تحلیل واریانس یک راهه، تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کوواریانس چند متغیری) استفاده شده است.

ابزار

الف) پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کاترایت - هاتن (۲۰۰۴)

پرسشنامه باورهای فراشناخت یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ آیتمی است که تفاوت‌های فردی را در مورد باورهای فراشناخت، قضاوت‌ها و گرایش‌ها نظارت‌گری ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس

۱- تضاد شناختی (گویه‌های شماره ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۲۹)

۲- باورهای مثبت (گویه‌های شماره ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸)

۳- خودآگاهی شناختی (گویه‌های شماره ۳، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰)

۴- کنترل ناپذیری و خطر افکار (گویه‌های شماره ۲، ۹، ۲۱)
 ۵- نیاز به کنترل افکار می‌باشد (گویه‌های شماره ۶، ۲۰، ۲۷). هر آیتم بر روی مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت (موافق نیستم، ۱، کمی موافقم، ۲، تا حدی، ۳، کاملاً موافقم) ۴ نمره‌گذاری می‌شود.
 ولز و کاتریت - هاتون (۲۰۰۴) در پژوهشی همسانی درونی، اعتبار همگرا و همچنین پایایی آزمون و بازآزمون را مناسب و قابل قبول گزارش کردند. ضریب پایایی پرسشنامه فراشناخت از ۰/۸۹ و ضریب همبستگی آن با مقیاس اضطراب صفت اسپیل برگر ۰/۷۳ گزارش شده است (نریمانی و ابولقاسمی، ۲۰۰۵).

ب) مقیاس تصویر تن فیشر^۱ (FBIS)

پرسشنامه تصویرتن، در سال ۱۹۷۹ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است. که هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴، خیلی راضی=۵) است. کسب نمره ۴۶ در این آزمون نشان دهنده اختلال و نمره بالاتر از ۴۶ عدم اختلال است. اعتبار این آزمون توسط محمدی و سجادی‌نژاد (۲۰۰۷) در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی محاسبه شده آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون برای دانش‌آموزان سال اول ۰/۸۱، دانش‌آموزان سال دوم ۰/۸۴، دانش‌آموزان سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش‌آموزان ۰/۸۴ می‌باشد. با توجه به سطح معنی‌داری این ضریب ($p > 0/001$) می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل از اجرای اول آزمون نمرات حاصل از اجرای دوم آزمون همبستگی معنی‌داری وجود دارد. همچنین روایی این آزمون توسط امینیان (۲۰۱۰) در ایران مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. در تحقیق زنجانی و گودرزی (۲۰۰۹) پایایی پرسشنامه تصویر بدنی با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به دست آمده است که به ترتیب برابر ۰/۹۶ و ۰/۸۹ به دست آمده است.

ج) پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم

این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۹۸۸). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSMIV همخوان است و همانند BDI و BDI-II نیز ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی را براساس رویکرد شناختی پوشش می‌دهد. نمره افراد افسرده از نظر بالینی در دامنه بین ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. نتایج مطالعات بک، ایپستین و براون^۱ (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه دارای روایی درونی بالایی است. فتا (۲۰۰۴) ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۶ گزارش کرده است.

۱. Beck, Epstein & Brown

د) پروتکل درمان فراشناختی

جلسه اول؛ فرمول‌بندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی، تمرین تکنیک افزایش توجه، ارائه تکالیف خانگی. جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی، معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی، نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکل آزمایشی، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی. جلسه سوم: شناسایی ماشه‌چکان‌های نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک‌ها، بررسی نشخوار فکری و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله، ارائه تکالیف خانگی. جلسه چهارم: بازبینی تکالیف خانگی، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، تکلیف خانگی. جلسه پنجم: بازبینی تکالیف خانگی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تامل تا واکنش (به فکر فرو رفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب) و تکلیف خانگی. جلسه ششم: بازبینی تکالیف خانگی، عقاید مثبت و سطح فعالیت، شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، تکلیف خانگی. جلسه هفتم: بازبینی تکالیف خانگی، شروع نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی. جلسه هشتم: بازبینی تکالیف خانگی، پیشگیری از عود، کار روی عقاید فراشناختی باقی مانده، انتظار ماشه‌چکان‌های آینده و برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبود بیشتر (ولز، ۲۰۰۸).

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب ۱۷/۱۲ و ۰/۶۹ با دامنه ۱۵ تا ۱۸ سال بود. بین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای سن، پایه و رشته تحصیلی تفاوت معناداری وجود نداشت. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرها در پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

Table 1

The Mean and Standard Deviation of the Experimental and Control Groups in the Studied Variables in the Pre-test and Post-test Separately

آزمایش Experimental		کنترل Control		گروه Group				
پس آزمون Pos-test	پیش آزمون Pre-test	پس آزمون Post-test	پیش آزمون Pre-test	موقعیت Situation				
انحراف استاندارد Standard division	میانگین Mean	انحراف استاندارد Standard division	میانگین Mean	انحراف استاندارد Standard division	میانگین Mean	متغیرها Variables		
3.31	30.62	5.95	21.41	4.63	21.69	5.52	20.32	باورهای مثبت Positive beliefs
3.95	34.53	5.69	19.57	5.43	19.31	6.25	19.46	خودآگاهی شناختی Cognitive self-consciousness
3.96	10.97	5.63	17.72	4.15	16.21	4.25	17.34	تضاد شناختی Cognitive contradiction
2.54	9.59	4.52	15.74	4.65	15.91	3.54	14.13	کنترل ناپذیری و خطر افکار Inconceivability and Risk of Thoughts
3.36	11.26	5.96	18.15	4.48	21.84	5.32	19.56	نیاز به کنترل افکار Need to control thoughts
4.63	71.54	9.51	110.18	9.96	115.63	8.54	114.25	نگرانی از تصویر بدنی Body image Concern

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار گروه گواه و آزمایش برای متغیرهای مورد مطالعه گزارش شده است. همچنین بر اساس یافته‌های جدول مذکور پایین‌ترین و بالاترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه گواه و آزمایش مربوط به متغیرهای کنترل ناپذیری - خطر افکار و نگرانی از تصویر بدنی می‌باشد.

جدول ۲: آزمون فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

Table 2

Testing the Normal Distribution of Variables

سطح معنی‌داری Significance level	کولموگوروف - اسمیرنوف (K-S) Kolmogorov-Smirnov	گروه Group	متغیر Variable
0.197	0.74	کنترل Control	باورهای مثبت
0.199	0.75	آزمایش Experimental	Positive beliefs
0.124	0.59	کنترل Control	خودآگاهی شناختی
0.118	0.57	آزمایش Experimental	Cognitive self-consciousness
0.115	0.56	کنترل Control	تضاد شناختی
0.121	0.75	آزمایش Experimental	Cognitive contradiction
0.102	0.66	کنترل Control	کنترل ناپذیری و خطر افکار
0.085	0.47	آزمایش Experimental	Inconceivability and Risk of Thoughts
0.151	0.92	کنترل Control	نیاز به کنترل فکار
0.136	0.94	آزمایش Experimental	Need to control thoughts
0.578	0.25	کنترل Control	نگرانی از تصویر بدنی
0.465	2.34	آزمایش Experimental	Body image Concern

همان‌طور که از یافته‌های جدول ۲ استنباط می‌شود، از آن‌جا که سطح معنی‌داری به دست آمده در آزمون K-S، در اکثر متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه می‌توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری دارای توزیع نرمال می‌باشد و می‌توانیم فرضیه‌های پژوهش را از طریق آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

جدول ۳: نتایج گزارش آزمون همگنی شیب ها برای باورهای فراشناختی مثبت، باورهای فراشناختی منفی و نگرانی از تصویر بدنی

Table 3

The Results of Homogeneity Tests for Slopes for Positive Metacognitive Beliefs, Negative Meta-Cognitive Beliefs, and Body-Image concerns.

متغیر Variable	شاخص ها Index	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری α	مجذورات Eta Squared
باورهای فراشناختی مثبت Positive metacognitive beliefs	گروه Group	1896.148	1	1896.148	12.106	0.091	0.398
	پیش آزمون Pre-test	3950.635	1	3950.635	29.698	0.098	0.635
	گروه * پیش آزمون Group*Pre-test	1202.636	1	1202.636	7.471	0.120	0.351
	خطا Error	4269.159	36	4269.159	-	-	-
باورهای فراشناختی منفی Negative Metacognitive Beliefs	گروه Group	1796.200	1	1796.200	11.368	0.086	0.294
	پیش آزمون Pre-test	298.635	1	289.635	19.305	0.098	0.526
	گروه * پیش آزمون Group*Pre-test	1189.363	1	1189.636	5.471	0.108	0.247
	خطا error	5246.159	36	121.159	-	-	-
نگرانی از تصویر بدنی Body image concern	گروه Group	4589.102	1	5246.159	15.201	0.158	0.452
	پیش آزمون Pre-test	6258.689	1	4589.102	24.369	0.160	0.638
	گروه * پیش آزمون Group*Pre-test	3548.632	1	6258.689	10.368	0.142	0.354
	خطا error	10058.157	36	279.393	-	-	-

اطلاعات جدول ۳ نشان می دهد مفروضه همگنی شیب های رگرسیون برای استفاده از کوواریانس در هر سه متغیر محقق شده است. لذا جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها

Table 4:

Levine Test Results for Default Equation Analysis of Variances

سطح معنی داری significance level	درجه آزادی ۲ df2	درجه آزادی ۱ df1	نسبت اف F	متغیرها variable
0.128	78	1	5.432	نگرانی از تصویر بدنی Body image Concern
0.217	78	1	3.460	باورهای مثبت Positive beliefs
0.216	78	1	3.450	خودآگاهی شناختی Cognitive self-consciousness
0.800	78	1	0.098	تضاد شناختی Cognitive contradiction
0.799	78	1	2.427	نیاز به کنترل افکار Need to control thoughts
0.512	78	1	2.050	کنترل ناپذیری و خطر افکار Inconceivability and Risk of Thoughts

نتایج جدول ۴ گویای آن است که واریانس‌های مؤلفه‌های نگرانی از تصویر بدنی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار و کنترل ناپذیری و خطر افکار در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد. نتیجه آزمون کرویت بارتل از لحاظ آماری معنادار می‌باشد به این معنا که فرض صفر مبنی بر ناهمبسته بودن داده‌ها رد و فرض خلاف مبتنی بر همبسته بودن داده‌ها تایید می‌شود. یعنی این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی مشاهده شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای همبسته است. و لذا می‌توان تحلیل واریانس و کوواریانس را انجام داد.

جدول ۵: نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین مؤلفه‌های پژوهش

Table 5

Results of MANCOVA Analysis on the Mean of Research Components

توان آماری Statistical power	مجدد ایتا Squared Eta	معنی داری (P) Significant	خطا Error df	DF فرضیه Hypothesis df	F	مقدار amount	آزمون Test
1.000	0.572	0.001**	24.000	6.000	18.309	0.875	اثر پیلایی Pillai's Trace
1.000	0.572	0.001**	24.000	6.000	18.309	0.496	لاندا ویکلز Wilks Lambda
1.000	0.572	0.001**	24.000	6.000	18.309	3.245	آزمون اثر هتلینگ Hotelling's Trace
1.000	0.572	0.001**	24.000	6.000	18.309	3.862	آزمون بزرگترین ریشه یروی Roys Largest Root

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود سطوح معنی داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که درمان فراشناختی (MCT) حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های باورهای فراشناختی مثبت و

منفی و نگرانی از تصویر بدنی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس از آزمون افزایش داده است ($F=19/563, P=0/001$). برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل مانکوا، در جدول ۶ ارائه شده است که میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۵۷ درصد می‌باشد. یعنی ۵۷ درصد از تفاوت‌های فردی نمرات مؤلفه‌های باورهای مثبت و منفی و نگرانی از تصویر بدنی به تاثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک هم نمایانگر کفایت حجم نمونه است. برای مشخص شدن این که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل‌های کواریانس یک متغیری انجام گرفت.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، تضاد شناختی، کنترل ناپذیری و خطر افکار، نیاز به کنترل افکار و نگرانی از تصویر بدنی

Table 6

Results of Covariance Analysis of One Variable of Positive Beliefs, Cognitive Self-Consciousness, Cognitive Contradiction, Uncontrollability and Risk of Thoughts, the Need to Control Thoughts and Concerns of the Body Image

توان آماری Statistical power	اندازه اثر Effect size	معماری P	نسبت اف F	درجه آزادی df	مجموع مجزرات SS	منبع / شاخص Source/index
99	0.39	0.001	21.96	1	87.05	باورهای مثبت Positive beliefs
95	0.42	0.001	27.84	1	248.13	خودآگاهی شناختی Cognitive self-consciousness
99	0.41	0.001	18.51	1	149.69	تضاد شناختی Cognitive contradiction
99	0.58	0.001	31.19	1	232.81	کنترل ناپذیری و خطر افکار Inconceivability and Risk of Thoughts
99	0.51	0.001	26.58	1	192.63	نیاز به کنترل افکار Need to control thoughts
95	0.47	0.001	129.24	1	541.59	نگرانی از تصویر بدنی Body image Concern

با توجه به یافته‌های جدول شماره ۶ نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد که: بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر باورهای مثبت تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=21/96, P < 0/001$) به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث افزایش باورهای مثبت آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس از آزمون شده است. تاثیر این مداخله درمانی بر افزایش باورهای مثبت ۳۹٪ است. یعنی ۳۹ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تاثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر خودآگاهی شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=27/84, P < 0/001$) به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث افزایش خودآگاهی شناختی

آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر افزایش خودآگاهی شناختی ۴۲٪ است. یعنی ۴۲ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۵ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر تضاد شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=18/51$ ، $P < 0/001$) به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث کاهش تضاد شناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش تضاد شناختی ۴۲٪ است. یعنی ۴۲ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر کنترل‌ناپذیری و خطر افکار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=31/19$ ، $P < 0/001$) به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث کاهش کنترل‌ناپذیری و خطر افکار آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش کنترل‌ناپذیری و خطر افکار ۵۸٪ است. یعنی ۵۸ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر نیاز به کنترل افکار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=31/19$ ، $P < 0/001$) به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث کاهش نیاز به کنترل افکار آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش کنترل‌ناپذیری و خطر افکار ۵۱٪ است. یعنی ۵۱ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=129/24$ ، $P < 0/001$) به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی ۴۷٪ است. یعنی ۴۷ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۵ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت و نگرانی از تصویر بدنی (BICI) دانش‌آموزان دختر افسرده مقطع متوسطه دوم شهر خرم‌آباد انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی باعث کاهش باورهای فراشناختی منفی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر باورهای فراشناختی منفی در افرادی که در جلسات درمان فراشناختی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که درمان فراشناختی باعث افزایش باورهای فراشناختی مثبت گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر باورهای فراشناختی مثبت در افرادی که در جلسات درمان فراشناختی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته‌ها با نتایج مطالعه سنگ آتش، رفیعی نیا و نجفی (۱۳۹۱)، ولز، فیشر، ساموئل و تریشناپاتل (۲۰۰۷)، پاپاگتورگیوس و ولز (۲۰۰۳)، ولز و کینگ (۲۰۰۶) همسو است. علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی (BICI) گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر، نگرانی از تصویر بدنی در افرادی که در جلسات درمان فراشناختی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات همدال، هاگن، نورداهی و ولز (۲۰۱۳)، ربیعی، ساندار، کلانتری، مولوی و بهرامی (۲۰۱۲) و گاملی (۲۰۱۱) همسو است.

گاملی (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان داد که ۵۹ درصد دانش‌آموزان دختر و ۴۱ درصد دانش‌آموزان پسر دارای اختلال افسردگی هستند. همچنین، مشخص شده است که در نوجوانی در بین دختران شایع‌تر از پسران است. از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که درمان MCT به طور معنی‌داری باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی در دانش‌آموزان دختر شده است. و لذا از دلایل هم‌سوئی نتایج مطالعه حاضر با مطالعه گاملی این بوده است که آزمودنی‌های دو مطالعه دختر بوده‌اند. شفیع‌سنگ آتش، رفیعی نیا و نجفی (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان MCT بر کاهش نشانگان افسردگی دانش‌آموزان دختر نشان دادند که درمان MCT باعث افزایش باورهای مثبت و کاهش باورهای منفی دانش‌آموزان دختر افسرده می‌شود. از دلایل هم‌سوئی نتایج این مطالعه با مطالعه شفیع‌سنگ آتش و همکاران این می‌باشد که هر دو مطالعه از پکیج درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۸) استفاده شده است. همچنین ربیعی، ساندار، کلانتری، مولوی و بهرامی (۲۰۱۲) در مطالعه خود با عنوان تاثیر درمان فراشناختی بر نگرانی از تصویر بدنی در بیماران دچار اختلال بد شکل بینی به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی با شناخت عقاید منفی و بدبینانه باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی می‌شود. همدال، هاگن، نورداهی و ولز (۲۰۱۳) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی باعث کاهش نگرانی بیماران افسرده از تصویر بدنی خودشان می‌شود. این مطالعه که با عنوان بررسی مقایسه‌ای تاثیر دو روش درمان فراشناختی و رفتاردرمانی بر کاهش میزان افسردگی زنان مبتلا به افسردگی عمیق انجام شده بود به این نتیجه نیز دست یافت که درمان فراشناختی نسبت به درمان

رفتاری چون بر مؤلفه شناخت و آگاهی بیمار تاکید بیشتری دارد به نسبت بالاتری باعث بهبود نگرانی از تصویر بدنی می‌شود.

برخی از مطالعات نیز نشان داده‌اند که استفاده از روش درمان فراشناختی می‌تواند به صورت معنی‌داری باعث کاهش باورهای فراشناختی منفی مانند تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار و تضاد شناختی شود. از طرفی نتایج دیگر این مطالعات این بوده است که درمان فراشناختی به موازات کاهش باورهای فراشناختی منفی باعث افزایش باورهای فراشناختی مثبتی مانند خودآگاهی شناختی و مثبت‌اندیشی می‌شود (ولز، فیشر، ساموئل و تریشناپاتل، ۲۰۰۷؛ پاپاگئورگیوس و ولز، ۲۰۰۳؛ ولز و کینگ، ۲۰۰۶).

در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که در درمان فراشناختی از شیوه‌های شناختی نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی و فراشناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، فنون مقابله با استرس و افکار منفی استفاده می‌شود. همچنین در درمان فوق از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای تعدیل تصویر بدنی منفی استفاده می‌شود. در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت‌زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود همراه با فن تن آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایت و کامل بودن را دریافت نمایند. بنابراین درمان فراشناختی از طریق راهبردهای فراشناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش تصویر بدنی منفی را نیز می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری افسردگی اختلال در تصور از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است. با توجه به این که در درمان فوق روی تغییر افکار منفی و نشخوارهای فکری در مورد نگرش مثبت به بدن تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود تصاویر بدنی مؤثر واقع شود.

همچنین می‌توان گفت که درمان فراشناختی از طریق راهبردهایی چون تمرین ذهن آگاهی انفصالی، تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی، بررسی عقاید مثبت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت، شناسایی عقاید منفی، شناسایی باورهای فراشناختی منفی و نحوه مقابله با آن‌ها، و برنامه‌های درمانی اختلال افسردگی که شامل راهبردهای مقابله فراشناخت‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش خود، تضاد شناختی، افکار مزاحم، خوداشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب کاهش این‌گونه باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت مانند خودآگاهی شناختی می‌گردد. از طرف دیگر، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که باورهای فراشناختی منفی با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای باورهای فراشناختی منفی زیاد، احتمال بیشتری دارد که به افسردگی روانی مبتلا شوند. لذا این روش با

افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء باورهای فراشناختی مثبت آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیختگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از باورهای فراشناختی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر شناخت مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش افسردگی استفاده می‌شود. با استفاده از مؤلفه آموزش مهارت‌ها و جایگزینی باورهای فراشناختی منفی، ناکارآمد و ناسازگارانه با باورهای فراشناختی مثبت، منطقی و هدفمند به کاهش سطح افسردگی افراد کمک می‌شود. در این روش به افراد در تنظیم شناخت به روش‌های کارآمد و سالم آموزش داده می‌شود. در طول آموزش اکتساب مهارت‌ها، درمانگر نقایص مربوط به توانایی‌های معطوف به هدف را مورد سنجش قرار داده و به مراجعان مهارت‌های لازم را از طریق آموزش و سرمشق دهی یاد می‌دهد. در این مرحله درمانگر از مهارت‌های کسب شده مراجع حمایت و احتمال استفاده از این مهارت‌ها را افزایش می‌دهد و با این کار باورهای فراشناختی مثبت را در افراد تحت درمان بالا می‌برد.

بنابراین براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان فراشناختی موجب افزایش سطح باورهای فراشناختی مثبت و کاهش سطح باورهای فراشناختی منفی و نگرانی از تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر افسرده می‌شود. اولین و مهمترین کاربرد مطالعه حاضر این است که دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی به یک آگاهی و بینش نسبت به باورهای فکری خود دست پیدا می‌کنند. از دیگر کاربردهای این مطالعه این است که دانش‌آموزان دختری که در این مطالعه به عنوان گروه آزمایش شرکت کرده و درمان شدند می‌توانند در آینده خود این کارگاه‌ها را برگزار کرده و حتی به دوستان یا دانش‌آموزانی که احتمال می‌دهند دچار افسردگی شوند کمک شایانی بکنند. علاوه بر کاربردهای عملی بیان شده از کاربردهای نظری مطالعه حاضر این است که می‌توان درمان فراشناختی را به عنوان تسهیل‌کننده در امر یادگیری و عاملی مؤثر در کاهش نگرانی از تصویر بدنی دانش‌آموزان افسرده از طریق کاهش باورهای منفی و ارتقای باورهای مثبت برای مجربان امر تعلیم و تربیت پیشنهاد داد. همچنین توصیه می‌گردد که با توجه به تاثیر درمان فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی منفی و نگرانی از تصویر بدنی و همچنین افزایش باورهای فراشناختی از نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به صورت عملی در مراکز مشاوره مدارس استفاده نمود و در مدارس، کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های آموزش درمان فراشناختی مختص دانش‌آموزان، در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که تحقیق فوق بر روی دانش‌آموزان سایر مدارس و در دیگر نقاط کشور هم اجرا گردد تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها

صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که این مطالعه بر روی دانش آموزان دختر انجام گرفته و لذا نتایج یدست آمده به دانش آموزان پسر قابل تعمیم نیست و یا باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر خرم آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی همکارانی که پژوهشگران را در انجام این مطالعه یاری رساندند صمیمانه تشکر می‌گردد.

References

منابع

- امینیان، محمد (۱۳۸۹). *بررسی و شیوع اختلالات خوردن و تصویر بدن*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، منتشر نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- زنجانی، زهرا و گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۴). *بررسی روایی و پایایی مقیاس محرک‌های تصویری استاندارد در گروهی از دانشجویان، مجله بهداشت روان*، ۲(۱۰)، ۱۴۹-۱۵۵.
- شریفی‌سنگ‌آتش، سمیه؛ رفیعی‌نیا، پروین و نجفی، محمود (۱۳۹۱). *اثر بخشی درمان بر اضطراب و مولفه‌های مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی. مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۱۶)، ۱۹-۳۰.
- محمدی، نوراله و سجادی‌نژاد، مرضیه‌السادات (۱۳۸۶). *رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر. فصلنامه پژوهش روانشناختی تبریز*، ۳(۱)، ۶۰-۷۵.
- نریمانی، کامران و ابولقاسمی، محمد (۱۳۸۴). *ساخت و اعتبار سنجی برای اندازه‌گیری اضطراب امتحان در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دوره سوم اهواز*، رساله دکتری. منتشره نشده، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- Aminian, M. (2010). *Surveys and prevalence of eating disorders and body image*. [Unpublished Masters' Thesis]. Ahvaz Islamic Azad University [In Persian].
- Beak, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (1998). depression Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1996). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(16), 893-897.

- Fischer, B., Murphy, Y., Kurdyak, P., & Goldner, E. M. (2015). Depression – A major but neglected consequence contributing to the health toll from prescription opioids?. *Psychiatry Research*, 243, 331-334.
- Gumley, A. (2011). Metacognitive therapy, affect regulation and symptom expression and depression: A transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, 190,1(30), 72-78
- Hemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2013). Metacognitive Therapy for depression and generalized anxiety disorder: nature, evidence and an individual case illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 301-313.
- Jackner, R. J., & Fresco, D. M. (2016). Interaction effect of brooding rumination and interceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 85, 43-52.
- Kamimura, A., Nourian, M., Assasnik, N., & Roa K. F. (2010). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 51-55.
- Kamimura, A., Nourian, M., Assasnik, N., & Roa, K. F. (2010). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 51-55.
- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2014). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*, 243, 97-99.
- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2014). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*, 243, 97-99.
- Liang, L., Zhou, D., Yuan, C., Shao, A., & Bian, Y. (2013). Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*, 63, 463-470.
- Lima, M., & Foulce, T. (2014). Over general autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression. *Psychiatry Research*, 243, 123-127.
- Mahati, K., Bhagya, V., Christofer, T., Sneha, A., & Rao, B. S. (2015). Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. *Neurobiology of Learning and Memory*, 134, Part B, 379-391.
- Marino, C., Vieno, A., Moss, A. C., Caselli, G., Nikčević Ana, V., & Spada, M. M. (2016). Personality, motives and metacognitions as predictors of problematic Facebook Use in university students. *Personality and Individual Differences*, 101, 70-77.
- Mohammadi, N., & Sajadinejad, M. S. (2007). The relationship between body image concern, negative evaluation concerns and self-esteem with female

- students' social anxiety. *Journal of Psychological Research, Tabriz*, 13(1) 60-75 [In Persian].
- Nam, B., Kim, J. Y., DeVylder, J. E., & Song, A. (2016). Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry Research*, 245, 451-457.
- Narimani, K., & Aboulghasemi, A. (2005). *Construction and validation to measure the amount of test anxiety in students of Ahvaz quarterly grade education*, [Unpublished Masters' Thesis]. Shahid Chamran University [In Persian].
- Papageorgiou C, Wells A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Meta-Cognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 26- 273.
- Quattropiani, M. C., Lenzo, V., Massimo, M., & Mary, E. T. (2015). The Role of Metacognitions in Predicting Anxiety and Depression Levels in Cancer Patients Ongoing Chemotherapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205(9), 463-473.
- Rabiei, M., Sandra, M., Kalantari, M., Molavi, H., & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy for body image concern dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(2), 724-729 [In Persian].
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106-118.
- Sharifi Sangatash, S., Raffieinia, P., & Najafi, M. (2012). Meta-cognitive and meta-cognitive components of cognitive behavioral therapy on anxiety and components of and generalized anxiety disorder and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 4(16), 19-30 [In Persian].
- Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2014). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 125-129.
- Thielsch, C., Andor, T., & Ehring, T. (2015). Do Metacognitive therapy and Intolerance of Uncertainty Predict Worry in Everyday Life? An Ecological Momentary Assessment Study. *Behavior Therapy*, 46(4), 532-543.
- Voes, J. L., Lysaker, P. H., Francis, M. M., Hamm, J., Buck, K. D., Olessek, K., Outcalt, J., Dimaggio, G., Leonhardt, B., Liffick, E., Mehdiyoun, & N., Breier, A. (2014). Metacognitive therapy, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophrenia Research*, 153(1-3), 54-59.
- Vogt, D., Waeldin, S., Hellhammer, D., & Meinschmidt, G. (2013). The role of early adversity and recent life stress in depression severity in an outpatient sample. *Journal of Psychiatric Research*, 83, 61-70.
- Wells, & Cater, - Haiten, (2004). Predictors of middle school students' use of self-handicapping strategies. *Journal of Early Adolescence*, 15, 389-411.

- Wells, A., Fisher, P., Samuel, M. & Trishnapatel. G. (2007). Meta-Cognitive therapy in Recurrent and Persistent Depression, *Behaviour Research and Therapy*, 33(3): 291–300.
- Wells, A., & King, M. (2006). *Met Cognitive Therapy: A Practical Guide*. (5th ed.) New York, Guilford Press, Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., & Matius, F. (2008). *Metacognitive therapy in addictive behaviors*. Guilford Press, eBook available.
- Wells, A. (2008). *Met Cognitive Therapy: A Practical Guide*. 5th ed. New York, Guilford Press, Chichester, UK: Wiley.
- Zanjani, Z., & Goudarzi, M. (2009). Investigating the reliability, validity and norm-finding test body image among students. *Journal of Mental Health*, 2(10), 149-155 [In Persian].





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی