

## اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز بر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان خانه دار دارای اختلال وسواس جبری

روح‌الله عزیزی<sup>۱</sup>

فاطمه بهرامی<sup>۲</sup>

کوروش گودرزی<sup>۳</sup>

مسعود صادقی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۰۱

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۱۰

### چکیده

هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز بر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری افراد دارای اختلال وسواس جبری بود. مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شهرستان بروجرد در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ به تعداد ۱۲۹۷ نفر بودند. نمونه ۳۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه باورهای فراشناختی (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴) و نشخوار فکری (نولن-هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) بودند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS ۲۱ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز باعث کاهش باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شد. با توجه به اثربخشی شیوه درمانی بر کاهش باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان خانه‌دار، توصیه می‌گردد که درمانگران بالینی از درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود باورهای فراشناختی و نشخوار فکری استفاده نمایند.

**کلید واژه‌ها:** رویکرد فراشناختی ولز، باورهای فراشناختی، نشخوار فکری، زنان خانه‌دار، اختلال وسواس جبری

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

<sup>۲</sup> استاد گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران (نویسنده مسئول) f.bahrami26@yahoo.com

<sup>۳</sup> استادیار گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

<sup>۴</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

## مقدمه

اختلال وسواس - جبری<sup>۱</sup> یک اختلال نسبتا شایع است که احتمال ابتلاء به آن ۱ تا ۳ درصد در طول عمر یک فرد می‌باشد (موریتز، مینان، اندرسن، وودوارد و گالینات<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). این اختلال یکی از انواع گوناگون اختلال‌های اضطرابی شدید و ناتوان‌کننده است که از هر ۴۰ بزرگ‌سال یک نفر به آن مبتلا می‌شود (بوچهولز، بلاکی، آبراموویتز، لئونارد و ریمنان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). نشانه اصلی وسواس وجود وسواس‌های فکری و عملی مکرر و ناتوان‌کننده است که وسواس فکری شامل افکار، تصاویر ذهنی پایدار و تکانه‌های ناخواسته و مزاحم هستند و وسواس عملی رفتارها یا پاسخ‌های ذهنی تکراری و قالبی هستند که فرد برای عمل کردن به آنها احساس اجبار می‌کند (ساگرم، کیرسچ و هیوپرت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به وسواس داشتن باورهای فراشناختی<sup>۵</sup> نامناسب است (معین‌الغربائی، کرملو و نوفرستی، ۱۳۹۶). فراشناخت گستره‌ای از عوامل مرتبط را توصیف می‌کند و هر نوع دانش یا فرایند شناختی را دربرمی‌گیرد که در تفسیر، بازبینی یا کنترل شناخت نقش دارند (فرگوس و اسپادا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). فراشناخت به ساختارها، دانش و فرایندهای روانشناختی اشاره می‌کند که با کنترل، تعبیر و تفسیر افکار و شناخت‌ها سروکار دارد (لوکا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). اختلال در باورهای فراشناختی شامل مواردی از جمله اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، باورهای منفی در زمینه کنترل‌ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار هستند (میلی، کارارسی، پولی و بیلی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶). اکثر نظریه‌پردازان بین دو جنبه فراشناخت یعنی دانش فراشناختی و تنظیم فراشناختی تمایز قائل می‌شوند. دانش فراشناختی شامل اطلاعاتی است که افراد درباره شناخت خود و در مورد عوامل مرتبط با تکلیف یا راهبردهای یادگیری موثر دارند. در سوی دیگر تنظیم فراشناختی به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (راموس - سیجودو و سالگوئرو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷).

۱. Obsessive-compulsive disorder

۲. Moritz, Menon, Andersen, Woodward & Gallinat

۳. Buchholz, Blakey, Abramowitz, Leonard & Riemann

۴. Sugarman, Kirsch & Huppert

۵. Metacognitive beliefs

۶. Fergus & Spada

۷. Louca

۸. Melli, Carraresi, Poli & Bailey

۹. Ramos-Cejudo & Salguero

یکی دیگر از ویژگی‌های افراد مبتلا به وسواس داشتن نشخوار فکری<sup>۱</sup> است (فرنام، بخشی‌پور رودسری، منصوری و عیللو، ۱۳۸۹). نشخوار فکری به‌عنوان افکاری تکراری، مقاوم، عودکننده و کنترل‌ناپذیر شناخته می‌شود که حول یک موضوع معمول می‌چرخد و این افکار به‌طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات اصلی و مورد نظر منحرف می‌سازند (فانگ، مارچیتی، هورلبک و کاستر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). افراد مبتلا به نشخوار فکری معتقدند که باید تلاش کرد تا بر دورن خود متمرکز شوند. زیرا فکر می‌کنند که چنین تمرکزی به آنان بینش می‌دهد تا بتوانند راه حلی برای مشکلات خود پیدا کنند، اما دچار نشخوار فکری بیشتر می‌شوند (مور، هرتل، نگو، شاچر و ریداک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). از ویژگی‌های اصلی مرتبط با نشخوار فکری می‌توان عاطفه منفی، علائم افسردگی، تفکر جهت‌دار منفی، حل مساله ضعیف، انگیزش آسیب‌دیده، بازداری رفتارهای سودمند، تمرکز آسیب‌دیده، استرس افزایش‌یافته، روابط اجتماعی آسیب‌دیده و سازگاری هیجانی مختل را نام برد (هالند، پاندولفینو و باربا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸).

برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی افراد روش‌های متفاوتی وجود دارد که یکی از این روش‌ها، روش درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز<sup>۵</sup> می‌باشد (کاپوبیانکو، ریوز، موریسون و ولز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). فراشناخت به بررسی فرایندها و ساختارهایی از شناخت که جنبه‌های مختلف شناخت را بازنگری و کنترل می‌کنند، می‌پردازد. بنابراین فراشناخت وجهی از نظام پردازش اطلاعات است که محتوی و فرایندهای خود را بازنگری، تعبیر و ارزیابی می‌نماید (پیک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). نخستین بار ولز و متیوس<sup>۸</sup> (۱۹۹۴) به منظور تبیین و درمان عملکرد اجرایی خودتنظیمی اختلال‌های هیجانی با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات الگوی فراشناختی درمان را معرفی کردند (به نقل از هجمدال، هاگن و نورداهل و ولز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). درمان فراشناختی بیشتر بر درک علل نشخوار فکری و حذف فرایندهای ناسازگارانه تاکید دارد. چون که نشخوار فکری خصیصه اصلی سندرم شناختی-توجهی و

۱. Rumination

۲. Fang, Marchetti, Hoorelbeke&Koster

۳. Mor, Hertel, Ngo, Shachar&Redak

۴. Halland, Pandolfino&Barba

۵. Wells metacognitive approach therapy

۶. Capobianco, Reeves, Morrison & Wells

۷. Pyke

۸. Wells & Mathews

۹. Hjemdal, Hagen, Nordahl& Wells

یکی از راهکارهای کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش است که برای کاهش ناهماهنگی شناختی در پاسخ به افکار منفی و احساس غمگینی فعال می‌شود (جانسون، هافرت، نورداهل و وامپولد، ۲۰۱۷). مدل درمان فراشناختی برای درمان بر دو بعد از باورهای فراشناخت تأکید می‌کند. این دو بعد شامل باورهای مرتبط با معنا و قدرت افکار و باورهای مرتبط با تشریفات هستند (کولوبینسکی، مارینو، نیکسویک و اسپادا، ۲۰۱۹). اساس درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز شامل چهار فرایند تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی، تغییر باورهای ناکارآمد درباره آیین‌مندی‌ها، اصلاح و بهبود شیوه بکارگیری نشانه‌های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی‌ها قرار می‌گیرند و ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت‌های هوشیاری فراگیر می‌باشد (وندر هیدن، راسن، دیکر، دامسترا و دین، ۲۰۱۶).

با اینکه پژوهش‌های نسبتاً زیادی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز انجام شده است، اما کمتر به بررسی اثربخشی آن به باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری پرداخته شده است. هافرت، جانسون، نورداهل و ولز<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی شناختی و فراشناختی باعث کاهش اضطراب و باورهای فراشناختی و بهبود راهبردهای مقابله‌ای شد. در پژوهشی دیگر اسبجورن، نورمان، رینهولدت-دان<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) گزارش کردند که درمان فراشناختی باعث کاهش اضطراب فراگیر و باورهای شناختی نامناسب شد. علاوه بر آن غلامرضایی، یوسفوند، غضنفری و فرخ‌زادیان (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی و باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت شد. نتایج پژوهش عبدالپور، خانجانی، علیلو و فخاری (۱۳۹۴) حاکی از تاثیر درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه بود. در پژوهشی دیگر عظیمی، شاکری، نوری و حاتمی (۱۳۹۳) گزارش کردند که درمان فراشناختی باعث کاهش اضطراب امتحان و باورهای فراشناختی شد و این نتایج شش ماه پس از درمان پایدار ماند. همچنین ملچپور، فرانکن، دین و وندر هیدن<sup>۶</sup> (۲۰۱۹) ضمن

<sup>۱</sup>. Johnson, Hoffart, Nordahl&Wampold

<sup>۲</sup>. Kolubinski, Marino, Nikcevic&Spada

<sup>۳</sup>. Vander Heiden, Rossen, Dekker, Damstra&Deen

<sup>۴</sup>. Hoffart, Johnson, Noordahl& Wells

<sup>۵</sup>. Esbjorn, Normann&Reinholdt-Dunne

<sup>۶</sup>. Melchior, Franken, Deen& Vander Heiden

پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روش فراشناخت درمانی باعث کاهش نشانه‌های وسواس شد. در پژوهشی دیگر وندر هیدن و همکاران (۲۰۱۶) گزارش کردند که درمان فراشناختی روشی موثر برای کاهش علائم وسواس- اجبار بود و باعث کاهش علائم این اختلال شد. علاوه بر آنچینی‌فروشان، سهرابی، گلزاری و فرخی (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو روش درمان فراشناختی گروهی و انفرادی تقریباً به یک اندازه باعث کاهش نشانه‌های وسواس شدند. نتایج پژوهش محمدپور، رحمانی، حاجی رسولیها، روشندل و قائدی (۱۳۹۵) حاکی از تاثیر درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان بود. در پژوهشی دیگر حسنوندی، ولی‌زاده و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۹۲) گزارش کردند که درمان فراشناختی به شیوه گروهی باعث کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری دانشجویان دختر شد.

از یک سو اختلال وسواس جبری، اختلالی شایع با احتمال ابتلاء ۱ تا ۳ درصد در طول عمر است (موریتز و همکاران، ۲۰۱۸) و از سوی دیگر زنان خانه‌دار به دلیل تاثیر بر سلامت فرزندان دارای نقش مهمی در خانواده هستند و زنان مبتلا به این اختلال نیاز به مداخلات روانشناختی دارند. از آنجایی که یکی از روش‌های موثر برای کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری، رویکرد فراشناخت درمانی است و درباره اثربخشی آن بر روی باورهای فراشناختی و نشخوار فکری پژوهش‌های اندکی انجام شده و چنین پژوهشی بر روی زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری انجام نشده، لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز بر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری بود.

## روش شناسی

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شهرستان بروجرد در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ به تعداد ۱۲۹۷ نفر بودند. از آنجایی که حداقل حجم نمونه در کارهای مداخله‌ای ۱۵ نفر برای هر گروه است، لذا نمونه پژوهش ۳۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلاء به اختلال وسواس بر اساس مصاحبه بالینی، خانه‌دار بودن، عدم مشروطی در ترم‌های گذشته، عدم اعتیاد و عدم سابقه دریافت درمان فراشناختی و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از یک جلسه، انصراف از ادامه همکاری و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها و یا تکمیل آنها به

صورت ناقص بود. روند اجرای پژوهش این طور بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد به مراکز و کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهرستان بروجرد مراجعه و از مسئولان آنها خواسته شد تا افراد دارای اختلال وسواس را به پژوهشگر معرفی کنند. پس از معرفی افراد و انجام مصاحبه بالینی و تشخیص اختلال وسواس، هنگامی که تعداد افراد به ۳۰ نفر رسید، نمونه‌گیری پایان یافت و افراد به روش تصادفی به دو گروه تقسیم و به روش تصادفی یکی از گروه‌ها به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. گروه آزمایش مداخله مربوطه را دریافت و گروه کنترل آموزشی ندید و هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری ارزیابی شدند.

گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. محتوی مداخله درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی توسط ولز (۲۰۰۰) طراحی و توسط خرم‌دل، نشاط‌دوست، مولوی، امیری و بهرامی (۱۳۸۹) مورد استفاده و تایید قرار گرفت (جدول ۱).

جدول ۱- محتوی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی
اول	معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌های چون ماهیت نشانه‌های وسواسی، اعمال آیینی، معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطه آنها با باورهای فراشناختی و نشخوار فکری
دوم	معرفی اختلال وسواس به عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان شناختی و الگوی فراشناختی و تعیین اهداف درمانی، شناسایی و فراخوانی شناخت‌واره‌های منفی
سوم	آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی (بیماران یادگیرند که با افکار همانند ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد)
چهارم	ارزیابی باورهای مثبت و منفی جهت تغییر فراباورهای راجع به آیین‌مندی‌ها، آموزش تجارب رفتاری، ارائه اسناد مجدد کلامی جهت شکستن سیکل نشخوار فکری از طریق سوالاتی درباره سازوکار نشخوار فکری
پنجم	آموزش درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرار شونده و تضعیف باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری و توضیح تفاوت شیوه پردازشی بین افراد بهنجار و بیمار
ششم	معرفی رویکردهای رفتاری درمان، روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن رفتارهای آیینی روش آموزش توجه و تمرکز مجدد توجه موقعیتی جهت کاهش شدت افکار وسواسی
هفتم	آموزش جهت فاصله گرفتن از غنی‌سازی ذهن از حد، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه هوشیاری، آموزش برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ
هشتم	آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن، طرح‌ریزی

لازم به ذکر است که مداخله توسط یک متخصص بالینی دارای مدرک درمان فراشناختی در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر بروجرد به صورت گروهی انجام شد و در پایان هر جلسه با توجه به محتوی آموزشی، تکلیفی به آزمودنی‌ها ارائه و در آغاز جلسه بعد، ضمن بررسی به آنان بازخورد سازنده داده شد.

ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی و نشخوار فکری بودند. **پرسشنامه باورهای فراشناختی<sup>۱</sup>**: این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت-هاتون<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴ ساخته شد. این ابزار دارای ۳۰ گویه است که بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۲۰ است و نمره بالاتر به معنای مشکلات بیشتر در باورهای فراشناختی می‌باشد. ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران زاهدزاده و جوهری فرد (۱۳۹۷) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. **پرسشنامه نشخوار فکری<sup>۳</sup>**: این پرسشنامه توسط نولن-هوکسما و مارو<sup>۴</sup> در سال ۱۹۹۱ ساخته شد. این ابزار دارای ۲۲ گویه است که بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ است و نمره بالاتر به معنای نشخوار فکری بیشتر می‌باشد. لازم به ذکر است که نقطه برش پرسشنامه نمره ۳۳ می‌باشد. ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند. در ایران بهزادپور، مطهری و سهرابی (۱۳۹۴) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. در مطالعه حاضر روایی صوری و محتوایی پرسشنامه‌ها با نظر ۱۰ نفر از متخصصان روانشناسی تایید و پایایی با روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی و نشخوار فکری به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ محاسبه شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح معن‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

۱. Metacognitive beliefs questionnaire

۲. Wells & Cartwright-Hatton

۳. Rumination questionnaire

۴. Nolen-Hoeksema & Morrow

## یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۳۰ زن خانه‌دار در دو گروه ۱۵ نفر بودند. میانگین و انحراف معیار باورهای شناختی و نشخوار فکری گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ گزارش شد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار باورهای شناختی و نشخوار فکری گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش		معنی‌داری
		میانگین	انحراف معیار	
باورهای فراشناختی	پیش‌آزمون	۷۵/۴۷	۹/۱۹	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۴۱/۶۰	۶/۶۴	<۰/۰۰۱
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۵۶/۶۷	۸/۳۰	>۰/۰۵
	پس‌آزمون	۳۱/۲۷	۵/۷۶	<۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۲ بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ )، اما در مرحله پس‌آزمون از نظر هر دو متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ).

پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ )، لذا فرض نرمال بودن تایید شد. نتایج آزمون M باکس معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ )، لذا فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس تایید شد. نتایج آزمون لوین معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ )، لذا فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. علاوه بر آن فرض همگنی شیب رگرسیون برای هر سه متغیر تایید شد ( $P > 0/05$ ). بنابراین برای تحلیل داده‌ها می‌توان از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز بر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری در جدول ۳ گزارش شد.

جدول ۳- نتایج آزمون لامبدای ویلکز تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز بر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری

متغیر مستقل	نوع آزمون	مقدار	ضریب F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
شیوه درمانی	اثر پیلاپی	۰/۸۱۷	۵۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۸۹

طبق نتایج جدول ۳ درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز حداقل باعث بهبود معنی‌دار یکی از متغیرهای باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شده



است ( $P < 0/001$ ). نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز بر هر یک از باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری در جدول ۴ گزارش شد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز بر هر یک از باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
باورهای فراشناختی	گروه	۴۶۹۲/۲۹	۱	۴۶۹۲/۲۹	۵۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۸۶
	خطا	۲۴۲۴/۲۴	۲۶	۹۳/۲۴				
نشخوار فکری	گروه	۲۷۸۵/۹۸	۱	۲۷۸۵/۹۸	۵۴/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۱
	خطا	۱۳۱۹/۵۰	۲۶	۵۰/۷۵				

طبق نتایج جدول ۴ درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز باعث بهبود معنی‌دار هر دو متغیر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شده است که با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت که ۶۳ درصد تغییرات باورهای فراشناختی و ۶۹ درصد تغییرات نشخوار فکری ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز می‌باشد ( $P < 0/001$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع اختلال وسواس و کاهش آن در زنان خانه‌دار به دلیل نقش آنان بر سلامت خانواده، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز بر باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز باعث کاهش باورهای فراشناختی در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های هافرت و همکاران (۲۰۱۸)، اسبجورن و همکاران (۲۰۱۵)، غلامرضایی و همکاران (۱۳۹۶)، عبدالپور و همکاران (۱۳۹۴) و عظیمی و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. برای مثال نتایج پژوهش‌های اسبجورن و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی بود. در پژوهشی دیگر غلامرضایی و همکاران (۱۳۹۶) گزارش کردند که درمان فراشناختی باعث بهبود

باورهای فراشناختی شد. در تبیین این نتایج بر مبنای نظر غلامرضایی و همکاران (۱۳۹۶) می‌توان گفت که درمان فراشناختی از طریق راهبردهایی چون تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین به تعویق انداختن نشخوار فکری، 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 باورهای فراشناختی منفی می‌گردد. تبیین دیگر اینکه باورهای فراشناختی منفی با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای باورهای فراشناختی منفی زیاد به احتمال بیشتری به افسردگی روانی مبتلا می‌شوند، لذا ای روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا می‌تواند در ارتقای باورهای فراشناختی مثبت موثر واقع شود. 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 سرمش‌دهی یادمی‌دهد. در این مرحله درمانگر از مهارت‌های کسب‌شده 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، لذا درمان فراشناختی می‌تواند باعث کاهش باورهای فراشناختی منفی گردد.

دیگر نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز باعث کاهش نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های ملچپور و همکاران (۲۰۱۹)، وندر هیدن و همکاران (۲۰۱۶)، چینی‌فروشان و همکاران (۱۳۹۶)، محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) و حسونندی و همکاران (۱۳۹۲) همسو بود. برای مثال نتایج پژوهش‌های ملچپور و همکاران (۲۰۱۹) حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های وسواس از جمله وسواس فکری شد. در پژوهشی دیگر محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) گزارش کردند که درمان فراشناختی باعث کاهش نشخوار فکری شد. در تبیین این نتایج بر مبنای نظر حسونندی و همکاران (۱۳۹۲) می‌توان گفت که درمان فراشناختی از طریق ایجاد بینش در بیماران زمینه را برای بدست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند. به عبارت دیگر، هدف مدل درمانی فراشناختی، نشان دادن فراشناخت‌ها و فرایندهای تداوم‌بخش دوره‌ای است. همچنین برخی اصول تغییر رفتاری می‌توانند

نشخوار فکری را به چالش بکشاند و باعث افزایش کنترل فراشناختی بر باورهای فراشناختی شوند. افزایش کنترل فراشناختی این امکان را به بیماران می‌دهد که رابطه جدیدی با افکار خود برقرار کرده، فراشناخت‌هایی که شیوه ناسازگارانه تفکر منفی تکرار شونده را فزونی می‌بخشند را تغییر دهند. در نتیجه درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز از طریق فرایندهای توضیح داده شده می‌تواند باعث کاهش نشخوار فکری در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شوند.

مهمترین محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه اندک، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌ده برای جمع‌آوری داده‌ها و عدم پیگیری نتایج در بلندمدت اشاره کرد. بنابراین توصیه می‌گردد که پژوهشگران در آینده از روش‌های با دقت بیشتر از جمله روش‌های تصادفی با حجم نمونه بیشتر استفاده نمایند. توصیه دیگر استفاده از مصاحبه به جای پرسشنامه و یا در کنار پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌های دقیق‌تر می‌باشد. همچنین با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی روش‌های درمانی پایداری نتایج می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، پایداری نتایج در بلندمدت یا در مراحل پیگیری مورد بررسی قرار گیرد. نتایج این پژوهش می‌تواند برای خانواده‌ها و دانشگاه‌ها درباره اثربخشی شیوه درمانی بر بهبود باورهای فراشناختی و نشخوار فکری اشارات کاربردی داشته باشد. بنابراین به درمانگران و روانشناسان بالینی توصیه می‌گردد که استفاده از روش درمان مبتنی بر رویکرد فراشناختی ولز را در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در دستور کار خود قرار دهند.

## کتابنامه

- بهزادپور، سمانه؛ مطهری، زهراسادات و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). پیش‌بینی نشخوار فکری بر اساس سازگاری اجتماعی و هیجانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۶(۴)، ۵۳-۶۰.
- چینی فروشان، مسعود؛ سهرابی، فرامرز؛ گلزاری، محمود و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی و انفرادی بر درمان اختلال وسواس فکری- عملی. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱۱(۲)، ۲۳-۳۵.
- حسنودی، صبا؛ ولی‌زاده، مهدی و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر علایم افسردگی و نشخوار فکری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۱)، ۷۱-۸۱.
- خرمدل، کاظم؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین؛ امیری، شعله و بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۹). اثر درمان فراشناختی ولز بر درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۱)، ۴۰۹-۴۰۰.
- زاهدزاده، فروغ و جوهری‌فرد، رضا. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر باورهای فراشناختی و ذهن‌آگاهی زنان مبتلاء به افسردگی. *نشریه روان پرستاری*، ۶(۵)، ۴۲-۴۸.
- عبدل‌پور، قاسم؛ خانجانی، زینب؛ علیلو، مجیدمحمود و فخاری، علی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *مجله طنین سلامت*، ۳(۴)، ۲۴-۱۶.
- عظیمی، مریم؛ شاکری، محمد؛ نوری، ربابه و حاتمی، محمد. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر درمان فراشناختی در کاهش اضطراب امتحان و تغییر باورهای فراشناختی دانش‌آموزان سال سوم و چهارم متوسطه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۶(۳)، ۵۹۱-۶۰۰.
- غلامرضایی، سیمین؛ یوسفوند، مهدی؛ غضنفری، فیروزه و فرخ‌زادیان، علی‌اصغر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر افسرده. *نشریه آموزش و ارزشیابی*، ۱۰(۴۰)، ۱۰۵-۱۲۷.
- فرنام، علیرضا؛ بخشی‌پور رودسری، عباس؛ منصوری، احمد و علیلو، مجیدمحمود. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس-اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد پهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۷(۳)، ۱۸۹-۱۹۵.
- محمدپور، سمانه؛ رحمانی، سهیلا؛ حاجی رسولیها، زینب؛ روشندل، زهرا و قاندی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۵(۱۸)، ۲۱-۳۴.

معین‌الغربائی، فاطمه؛ کرملو، سمیرا و نوفرستی، اعظم. (۱۳۹۶). مولفه‌های فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواس اجبار و اختلال افسرده‌خویی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۳(۲)، ۱۶۴-۱۷۷.

Buchholz, J. L., Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2019). Predictors of concurrent depressive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 279, 267-271.

Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A. P., & Wells, A. (2018). Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: A randomised feasibility trial. *Psychiatry Research*, 259, 554-561.

Esbjorn, B. H., Normann, N., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2015). Adapting metacognitive therapy to children with generalised anxiety disorder: Suggestions for a manual. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(3), 159-166.

Fang, L., Marchetti, I., Hoorelbeke, K., & Koster, E. H. (2019). Do daily dynamics in rumination and affect predict depressive symptoms and trait rumination? An experience sampling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 63, 66-72.

Fergus, T. A., & Spada, M. M. (2018). Moving toward a metacognitive conceptualization of cyberchondria: Examining the contribution of metacognitive beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 60, 11-19.

Halland, M., Pandolfino, J., & Barba, E. (2018). Diagnosis and treatment of rumination syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(10), 1549-1555.

Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2013). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: Nature, evidence and an individual case illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 301-313.

Hoffart, A., Johnson, S. U., Noordahl, H. M., & Wells, A. (2018). Mechanisms of change in metacognitive and cognitive behavioral therapy for treatment-resistant anxiety: The role of metacognitive beliefs and coping strategies. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), 1-10.

Johnson, S. U., Hoffart, A., Nordahl, H. M., & Wampold, B. E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 103-112.

Kolubinski, D. C., Marino, C., Nikcevic, A. V., & Spada, M. M. (2019). A metacognitive model of self-esteem. *Journal of Affective Disorders*, 256, 42-53.

Louca, E. P. (2019). Do children know what they know? Metacognitive awareness in preschool children. *New Ideas in Psychology*, 54, 56-62.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A perspective study of depression and post-traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma prietaearlh quake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.

Melchior, K., Franken, I., Deen, M., & Vander Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Study Protocol*, 20, 1-11.

Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., & Bailey, R. (2016). The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 89, 82-85.

Mor, N., Hertel, P., Ngo, T. A., Shachar, T., & Redak, S. (2014). Interpretation bias characterizes trait rumination. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 67-73.

Moritz, S., Menon, M., Andersen, D., Woodward, T. S., & Gallinat, J. (2018). Moderators of symptomatic outcome in metacognitive training for psychosis (MCT): Who benefits and who does not? *Cognitive Therapy and Research*, 42(1), 80-91.

Pyke, R. E. (2017). Metacognitive therapy trial for hypoactive sexual desire disorder breaks the mold. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1629-1630.

Ramos-Cejudo, J., & Salguero, M. (2017). Negative metacognitive beliefs moderate the influence of perceived stress and anxiety in long-term anxiety. *Psychiatry Research*, 250, 25-29.

Sugarman, M. A., Kirsch, I., & Huppert, J. D. (2017). Obsessive-compulsive disorder has a reduced placebo (and antidepressant) response compared to other anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 217-226.

Vander Heiden, C., Rossen, K., Dekker, A., Damstra, M., & Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley and Sons, 13-85.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behavior Research Therapy*, 42(4), 385-396.