

## اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر و کاهش اضطراب زنان مبتلا به دیابت بارداری

\*سپیده قطبی<sup>۱</sup>، زهرا سادات گلی<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشان، کاشان، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشان، کاشان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۲)

## The Effectiveness of Metacognitive Therapy in Thought Control Strategies and Reducing Anxiety in Women with Gestational Diabetes

\*Sepideh Ghotbi<sup>1</sup>, Zahra Sadat Goli<sup>2</sup>

1. M. A. in General Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Kashan Branch, Kashan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Kashan Branch, Kashan, Iran.

Original Article

(Received: Sept. 11, 2021 - Accepted: Sept. 24, 2022)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** Gestational diabetes is a growing health problem worldwide and one of the most common complications of pregnancy. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of metacognitive therapy on thought control strategies and reducing anxiety in women with gestational diabetes. **Method:** The method of the present study was a quasi-experimental intervention with pre-test and post-test with the control group. The statistical population of this study was all pregnant women with gestational diabetes who referred to comprehensive health care centers in Kashan with an age range of 18 to 45 years. The number of samples in the present study was 30 (15 people in each group) by purposive sampling method (women with gestational diabetes in the first 16 weeks of pregnancy). The Wells Metacognitive Therapy Program was used for the intervention, the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Thought Control Questionnaire (TCQ) were used to measure the dependent variables, and the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to analyze the data. **Findings:** The results showed that metacognitive therapy was significant on reducing anxiety ( $p < 0.05$ ) and controlling thought and its dimensions in women with gestational diabetes ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** according to the results, for practical and easy access to metacognitive treatment programs for women with gestational diabetes, by implementing metacognitive therapy classes in health centers, their thought control strategies can be improved and their anxiety can be reduced.

**Keywords:** Anxiety, Gestational Diabetes, Metacognitive Therapy, Thought Control Strategies.

### چکیده

**مقدمه:** دیابت بارداری یک مشکل بهداشتی در حال افزایش در سراسر دنیا و یکی از شایع‌ترین عوارض دوران بارداری است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر و کاهش اضطراب زنان مبتلا به دیابت بارداری بود. **روش:** روش پژوهش حاضر مداخله‌ای از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت کاشان با محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال بودند. تعداد نمونه در پژوهش حاضر ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) با روش نمونه‌گیری هدفمند (زنانی که مبتلا به دیابت بارداری و در ۱۶ هفته اول بارداری بودند) بود. برای اجرای مداخله از برنامه درمان فراشناختی ولز و برای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته از سیاهه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه کنترل فکر (TCQ) و برای تحلیل داده‌ها نیز از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب ( $p < 0.05$ ) و کنترل فکر و ابعاد آن در زنان مبتلا به دیابت بارداری معنادار است ( $p < 0.05$ ). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج، جهت عملی کردن و دسترسی آسان به برنامه‌های درمان فراشناختی برای زنان مبتلا به دیابت بارداری با اجرای کلاس‌های درمان فراشناختی در مراکز بهداشت و سلامت می‌توان راهبردهای کنترل فکر آن‌ها را بهبود و اضطراب آن‌ها را کاهش داد.

**واژگان کلیدی:** اضطراب، درمان فراشناختی، دیابت بارداری، راهبردهای کنترل فکر.

\*نویسنده مسئول: سپیده قطبی

\*Corresponding Author: Sepideh Ghotbi

Email: Ghotbysepideh@gmail.com

## مقدمه

دیابت داشته‌اند و گروه دوم دیابت بارداری که اولین بار در طی دوران بارداری تشخیص داده می‌شوند. با افزایش شیوع دیابت در سراسر جهان انتظار می‌رود که این بیماری یکی از علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی باقی بماند. یکی از مهم‌ترین عوارض این بیماری تشدید بیماری‌های روانی است (ولز، والفورد، کینگ، پاپاگئورگیا، وسلی و مندل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). همچنین مطالعات نیز نشان دادند که اضطراب و افسردگی شایع‌ترین اختلالات روانی در افراد دیابتی است (موید، زارع و نیکبخت، ۱۳۹۳). از سوی دیگر پاسخ هیجانی معمول در ابتدای تشخیص در این بیماران اضطراب است که با پیشرفت بیماری بارزتر هم می‌شود (سجادی، بخشانی، شکری‌پور، باغبان حقیقی، صمدی و همکاران، ۱۳۹۱). مکانیزم عمل استرس و اضطراب به این صورت است که استرس و اضطراب منجر به ترشح هورمون‌های مختلفی در بدن می‌شود که پیامد این ترشحات افزایش سطح گلوکز در خون است (موید، زارع و نیکبخت، ۱۳۹۳). اضطراب علاوه بر اثرات سو جسمی که بر بدن می‌گذارد، اثرات منفی روانی نیز در بر دارد، به طور مثال، اضطراب می‌تواند منجر به کاهش تمرکز، افکار منفی، نقص در تصمیم‌گیری و موجب کاهش تاثیر مداخله‌های روان‌شناختی شود (سایرت و مارچ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). با توجه به موارد ذکر شده در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی، سازه‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص

یکی از شایع‌ترین مشکلات طبی و اختلالات سوخت و ساز که پدیده بارداری را تحت تاثیر قرار می‌دهد و می‌تواند منجر به پیامدهای نامطلوبی شود، دیابت در دوران بارداری است. این بیماری یک مشکل بهداشتی در حال افزایش در سراسر دنیا و یکی از شایع‌ترین عوارض دوران بارداری است (قاسمی کاکلر، سهرابی، امینی و مظاهری، ۱۳۹۷؛ نیگاتو، وُرکنه، مکوریا، ییفت، مامویه و گیزه<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). دیابت بارداری اختلال در تحمل کربوهیدرات‌ها است که برای نخستین بار در طی دوران بارداری تشخیص داده می‌شود. هر چند بارداری خود یک حالت عدم تحمل کربوهیدرات است، اما دیابت بارداری تنها در نسبت معدودی از زنان باردار ایجاد می‌شود. با پیشرفت بارداری افزایش مقاومت به انسولین باعث درخواست انسولین بیشتر شده که در بیشتر بارداری‌ها این درخواست تامین می‌شود، در نتیجه تعادل بین مقاومت به انسولین و تولید انسولین فراهم می‌شود ولی اگر مقاومت غلبه کند سطح گلوکز خون در بارداری بالا رفته و علائم دیابت بارداری شکل می‌گیرد (لاریجانی و حسین نژاد، ۱۳۹۶). دیابت بر اساس تقسیم بندی جدید به ۴ گروه طبقه‌بندی می‌شود که شامل: نوع ۱ و نوع ۲ و انواع دیگر (شامل اختلالات ژنتیکی در سلول‌های بتا، انسولین و برخی از اختلالات مربوط به بیماری‌های پانکراس، غدد و انواع وابسته به دارو و عفونت) و در نهایت دیابت بارداری است. به بیانی دیگر افراد دیابتی و باردار خود شامل ۲ گروه عمده می‌شوند: یکی افراد دیابتی که پیش از بارداری

2. Wells, Welford, King, Papaygeorgiou, Wisly & Mendel  
3. Cyert & March

1. Nigatu, Workneh, Mekuria, Yifter, Mamuye & Gize

به‌کارگیری راهبردهای توجهی بازبینی تهدید منجر به این می‌شوند که فرد در برابر تهدید همراه با اضطراب پاسخ دهد و در نتیجه احساس تهدید همچنان وجود داشته باشد. در مجموع، باید گفت این افراد در نتیجه به‌کارگیری این راهبردهای مقابله‌ای انعطاف‌پذیری مورد نیاز برای تدوین یک برنامه درونی را از دست می‌دهند و برنامه و طرح درونی‌شان را صرف تعیین خطر و تهدید می‌کنند (ولز و همکاران، ۲۰۰۸). در ضمن این سبک‌های غیرمفید پاسخ ناشی از باورهای فراشناختی نادرستی است که این افراد دارند. نمونه‌هایی از این باورها عبارتند از: نگرانی و تفکر مکرر درباره تهدید و توانمندی فرد برای مقابله با خطر و اجتناب از آن. این باورها تا آنجا گسترش می‌یابند که فرد تصور می‌کند، حفظ یک حالت آمادگی توجهی نسبت به یک محرک تهدیدکننده سودمند است، افکار بایستی کنترل شوند و بایستی همه جنبه‌های رویداد آسیب‌زا به خاطر سپرده شوند. گاهی اوقات نیز باورهای فراشناختی منفی درباره علائم اختلال و تفکر به الگوهای غیرمفیدی از توجه جهت‌یافته به سوی خود و نگرانی می‌انجامد. برای مثال، افراد گاهی شاید بر این باور باشند که افکار مزاحم نشانه‌ای از بی‌ثباتی هیجانی می‌باشد و منجر به اضطراب و احساس تهدید در فردی می‌گردند که واکنش‌هایش را به گونه‌ای فاجعه‌بار تفسیر می‌نماید (ولز و همکاران، ۲۰۰۸).

فراشناخت مفهوم چندوجهی است که در برگرفته دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می‌کند. مطابق با مدل فراشناختی فعال‌شدن باورهای

داده‌اند (ولز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). افراد برای کنترل افکار ناخواسته خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می‌کنند. راهبردهای کنترل فکر<sup>۲</sup> پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام فراشناختی خود نشان می‌دهند. ولز اختلال هیجانی را با راهبرد کنترل تهدید مشخص می‌کند. در یک مطالعه تحلیل عاملی، ولز و دیویس<sup>۳</sup> پنج راهبرد کنترل را مشخص کردند که از طریق پرسشنامه کنترل فکر سنجیده می‌شود. این راهبردها ارزیابی مجدد<sup>۴</sup>، تنبیه<sup>۵</sup>، کنترل اجتماعی<sup>۶</sup>، نگرانی<sup>۷</sup> و توجه برگردانی<sup>۸</sup> را شامل می‌شوند (ولز و همکاران، ۲۰۰۸).

بر اساس مدل ولز، افکار مزاحم و برانگیختگی منتج از آن یک استرس پاسخی طبیعی به شمار می‌آیند که خود در حکم محرکی برای پردازش هیجانی<sup>۹</sup> به شمار می‌آیند. پردازش هیجانی به معنای تدوین یک برنامه یا طرح برای راهنمایی افکار و رفتار هنگام رویارویی با آن تهدید در آینده است. در حالت طبیعی این فرآیند بدون هیچ مانعی به حرکت خود ادامه می‌دهد. دستیابی به این گونه طرح‌ها مستلزم کنترل انعطاف‌پذیر روی شناخت است اما گاهی اوقات راهبردهای مقابله‌ای ویژه فرد مانع از شکل‌گیری این طرح‌ها می‌شود. راهبردهای مقابله‌ای مانند نشخوار فکری، نگرانی کلامی، تلاش برای اجتناب از افکار ترومایی و سرکوب آن‌ها و

1. Wells
2. thought control strategies
3. Davies
4. reappraisal
5. punishment
6. social control
7. worry
8. distraction
9. Emotional process

اضطراب در بیماران وسواس فکری (نعمت الهی، افشاری‌نیا، حسینی، کاکابرایی و پرنندین، ۱۳۹۹؛ اندوز، ۱۳۹۰)، کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (مهاجری اول، نریمانی، صادقی و حاجلو، ۱۳۹۹)، کاهش میزان سندرم شناختی/ توجهی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی (مومنی و رادمهر، ۱۳۹۹)، کاهش علائم وسواسی - اجباری، شدت افسردگی و شدت اضطراب در توانبخشی قلبی (ولز و همکاران، ۲۰۲۱)، کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای کنترل فکر (حسینی غفاری، محمد خانی، پور شهباز و دولتشاهی، ۱۳۹۲)، بهبود کیفیت و رضایت زناشویی زنان (آقابیکگی و خانجانی، ۲۰۲۰)، کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران سکنه مغزی (برگرسن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، کاهش علائم افسردگی در بیماران افسرده مبتلا به سرطان سینه (زاهدیان، بحرینی، قاسمی و میرزایی، ۲۰۲۱)، کاهش علائم افسردگی افراد مسن مبتلا به دیابت نوع ۲ (بایگانی، ستوده اصل، کرمی، اسدزاده دهرایی، ۲۰۲۰) و کنترل استرس و اضطراب و کاهش استرس در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی (سناگوی محرر، عرفانی و ابری‌زاده، ۲۰۲۱) بود.

به‌طور کلی اضطراب در دوران بارداری منجر به مشکلاتی در زندگی فردی و اجتماعی زنان می‌شود؛ بنابراین، نبود توجه کافی به مسائل بهداشت روان زنان باردار می‌تواند به شیوع بیش‌تر و مزمن شدن اختلال‌های آن‌ها منجر شود. با توجه به اهمیت دوران بارداری در سلامت نوزاد، هرگونه تلاشی که

فراشناختی ناکارآمد موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود. این ارزیابی به جای خود سبب تشدید هیجان‌های منفی شده که در نهایت منجر به اضطراب می‌شود. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود. راهبردهای کنترل فکر در مدل فراشناختی پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی خود نشان می‌دهند به عبارتی دیگر افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب‌زای خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می‌کنند (سالاری فر و پور اعتماد، ۱۳۹۰). فراشناخت را نیز می‌توان باور و اعتقاد فرد در مورد تفکر خودش تعریف کرد. داشتن چنین باورهایی تعیین‌کننده نحوه پاسخ‌دهی فرد به افکارش و نحوه سازماندهی آن‌ها می‌باشد. فراشناخت اموری که به آن توجه می‌کنیم و اطلاعاتی که وارد هوشیاری ما می‌شود را تعیین می‌کند و ارزیابی‌های ما را شکل می‌دهد و بر راهبردهایی که برای تنظیم افکار به‌کار می‌بریم اثر می‌گذارد (محمد خانی، صادقی و فرزاد، ۱۳۸۳). هرچند تاکنون در زمینه تأثیر درمان فراشناختی بر روی زنان مبتلا به دیابت پژوهشی صورت نگرفته است اما این درمان، رویکرد درمانی اثربخشی است که در آن اثرات درمانی در مورد طیف وسیعی از اختلالات مشاهده شده است (شفیعی سنگ آتش، رفیعی‌نیا و نجفی، ۱۳۹۱). در این زمینه نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نگرانی و نشخوار فکری و افزایش کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم (انصاری، تسبیح‌سازان، خادمی و رضایی، ۱۴۰۰)، کاهش نشخوار ذهنی و

آمدن اتفاقات ناگوار خاص مانند مرگ یکی از اعضای خانواده در طول جلسات به دلیل ایجاد واریانس بادیگر اعضا.

پرسشنامه کنترل فکر (TCQ) و سیاهه افکار اضطرابی بک (BAI) قبل از اجرای درمان در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. سپس ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی گروهی و به صورت گروه‌های هفت و هشت نفری برای گروه آزمایش اجرا شد تا مسائل مربوط به پویش گروهی حفظ و جلسات با کیفیت اجرا شود. پس از جلسات گروهی، تمام آزمودنی‌ها - گروه گواه و آزمایش - به ابزارهای پژوهش به صورت داوطلبانه پاسخ دادند. اعضای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در حین پژوهش دریافت نکردند.

پرسشنامه کنترل افکار<sup>۱</sup> (TCQ): پرسشنامه راهبردهای کنترل افکار برای بررسی تفاوت‌های فردی جهت استفاده از راهبردهای کنترل فکر و ارتباط بین این راهبردها و آسیب‌پذیری هیجانی توسط ولز و دیویس (۲۰۰۳) ساخته شده است. پرسشنامه کنترل افکار ۳۰ گویه دارد و از ۵ خرده مقیاس توجه برگردانی، کنترل اجتماعی، نگرانی، تنبیه خود و ارزیابی مجدد تشکیل شده است. آیت‌های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت و هر آیت‌م دارای چهار گزینه هست که تقریباً هرگز نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲، اغلب نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴ می‌گیرد. همسانی درونی زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹ - ۰/۶۴ گزارش شده است. پایایی آزمون - بازآزمون برای کل مقیاس ۰/۸۳ - ۰/۶۷ بدست آمده

در راستای شناسایی و تشخیص، پیش‌گیری، کنترل و درمان اختلال‌های آنان صورت گیرد و بهداشت روانی زنان باردار را ارتقاء بخشد، ارزشمند می‌باشد. بی‌شک مادران و حالات و صفات آنان در سلامت کودکان نقش چشم‌گیری دارند. از این‌رو با توجه به ضرورت بررسی بهداشت روانی زنان باردار در جهت استخراج الگوهای پیشگیری و درمانی لازم، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر و کاهش اضطراب زنان مبتلا به دیابت بارداری بود.

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و آزمایش بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت کاشان در سال ۹۷-۹۶ بودند که از این جامعه، نمونه‌ای به تعداد ۳۰ نفر با محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال به روش نمونه‌گیری هدفمند و با سیاهه اضطراب بک (BAI) - انتخاب شدند سپس به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص بیماری دیابت در دوران بارداری، داشتن سواد خواندن و نوشتن در حد مطلوب و دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی دیگر، همچنین ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت بودند از: غیبت بیش از سه جلسه در گروه آزمایش؛ به وجود

گذشته را در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. شیوه امتیازدهی پاسخ‌ها به صورت اصلا (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. به این ترتیب دامنه فرد از ۰ تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (بک، اپستین، براون و ستیر<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸). هم‌چنین در ایران پژوهشی که توسط کویانی و موسوی (۱۳۸۷) مبنی بر سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی انجام شد نشان داد آزمون مورد نظر دارای روایی ۰/۷۲ و ثبات درونی ۰/۹۲ است. آلفای کرونباخ در این پژوهش نیز ۰/۶۶ بود. پروتکل درمانی فراشناخت: راهنمای درمانی پژوهش پیش‌رو، بر مبنای کتاب راهنمای گام به گام پروتکل درمانی ولز (۲۰۰۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد که در جدول ۱ گزارش شده است.

است (ولز و دیویس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه افکار ۰/۷۷ گزارش شده است. این ضریب برای حواس‌پرتی ۰/۷۲، کنترل اجتماعی ۰/۷۹، نگرانی ۰/۷۱، تنبیه ۰/۶۴ و ارزیابی مجدد ۰/۶۷ گزارش شده است (شاره، علیمرادی، ۱۳۹۲). برای بررسی اعتبار این پرسشنامه از آزمون‌های اضطراب صفت، روان‌رنجوری آیزنک و نگرانی حالت پن استفاده شده است. برخی از خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با آزمون‌های فوق همبستگی معنی‌داری داشته‌اند. فرم ایرانی این پرسشنامه توسط فتی و همکاران (۱۳۸۹) تهیه شده است. روایی همگرایی و افتراقی عامل‌های پرسشنامه کنترل افکار از راه همبستگی آن‌ها با BDI-II و GHQ-28 محاسبه شد و نتایج نشان دهنده روایی خوب این پرسشنامه بود و مقدار آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های پرت کردن حواس، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه و ارزیابی مجدد به ترتیب برابر ۰/۶۰، ۰/۵۲، ۰/۶۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۰ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در این پژوهش نیز برای مولفه‌های نام‌برده به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۲، ۰/۴۹، ۰/۵۳ و ۰/۵۵ بود.

سیاهه اضطراب بک<sup>۲</sup> (BAI): بک و همکاران (۱۹۹۰) پرسشنامه اضطراب بک را معرفی کردند که به طور اختصاصی علائم شدت اضطراب بالینی در افراد را می‌سنجد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه که علائم شایع اضطراب را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌های جهت پاسخگویی، میزان رنجش خود در هفته

3. Beck, Epstein, Brown & Steer

1. Davies

2 Beck Anxiety Inventory (BAI)

جدول ۱. محتوای جلسات درمان فراشناختی اقتباس از کتاب درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی،

صفحه ۱۳۵ تا ۱۴۴

جلسات	موضوع و برنامه‌های آموزشی
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، ارائه تکالیف خانگی
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک‌ها، بررسی نشخوار فکری و تمرین تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله، ارائه تکالیف خانگی
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیرسودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، ارائه تکالیف خانگی
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانگی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت، ادامه دادن به چالش مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تأمل تا واکنش (به فکر فرو رفتن)، کشف و مانع شدن از رفتارهای مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب)، ارائه تکالیف خانگی
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، عقاید مثبت و سطح فعالیت، شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، ارائه تکالیف خانگی
جلسه هفتم	بررسی تکالیف خانگی، شروع به نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده، تمرین تکنیک افزایش توجه، ارائه تکالیف خانگی
جلسه هشتم	بررسی تکالیف خانگی، پیشگیری از عود، کار روی عقاید فراشناختی باقیمانده، انتظار ماشه چکان‌های آینده و برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبودی بیشتر.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از دو بخش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی، در صورت برقراری شرایط، تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) خواهد بود.

### یافته‌ها

جدول ۲، نشان می‌دهد میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله گونا کاهش داشته است. همچنین، میانگین نمره کل کنترل فکر و ابعاد آن شامل، پرت کردن حواس، نگرانی، تنبیه و ارزیابی دوباره به جز کنترل اجتماعی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش (اضطراب و کنترل فکر و ابعاد آن)

متغیرها	گروه‌ها	پیش میانگین	انحراف معیار	آزمون میانگین	پس میانگین	انحراف معیار	آزمون
اضطراب	آزمایش	۳۱/۴۳	۸/۸۹	۲۶/۷۵	۵/۳۶		
	گواه	۳۵/۷۵	۷/۷۰	۳۱/۵۷	۳/۵۱		
کنترل فکر	آزمایش	۶۳/۰۰	۵/۱۳	۵۷/۴۳	۵/۳۷		
	گواه	۶۸/۷۱	۴/۴۶	۶۶/۱۲	۸/۹۸		
پرت کردن حواس	آزمایش	۱۸/۷۱	۲/۳۶	۱۵/۷۵	۳/۱۰		
	گواه	۱۶/۰۰	۲/۷۱	۱۶/۱۳	۲/۷۰		
نگرانی	آزمایش	۱۰/۶۲	۲/۳۳	۹/۴۲	۱/۸۱		
	گواه	۷/۸۶	۱/۷۷	۱۰/۵۰	۲/۷۳		
کنترل اجتماعی	آزمایش	۱۲/۸۶	۲/۴۱	۱۳/۷۵	۲/۱۲		
	گواه	۱۲/۲۹	۲/۲۹	۱۴/۲۵	۲/۳۷		
تنبیه	آزمایش	۹/۱۴	۱/۷۷	۹/۱۲	۲/۰۳		
	گواه	۸/۰۰	۲/۰۰	۷/۵۰	۲/۶۲		
ارزیابی دوباره	آزمایش	۱۰/۶۲	۵/۰۱	۸/۰۰	۱/۷۳		
	گواه	۱۳/۲۹	۲/۸۱	۱۵/۶۲	۳/۴۳		

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیرهای اضطراب و کنترل فکر (MANCOVA)

شاخص آماری	منبع	ارزش	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
اثر پیلایبی	گروه	۰/۰۹۱	۰/۵۸۱	۰/۷۱۴	۰/۰۹۱	۰/۱۸۴



جدول ۳ با نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از لحاظ متغیرها تفاوت معنادار ( $P < 0.01$ ) وجود دارد.

پیش‌فرض‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره یعنی آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌های و آزمون ام‌باکس جهت همگنی کوواریانس‌ها نیز برقرار است ( $P > 0.05$ ).

جدول ۴. آزمون‌های تفاوت بین گروهی در متغیرهای اضطراب و کنترل فکر و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	اضطراب	۱۹۰/۹۱	۱	۱۹۰/۹۱	۴۱/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	۰/۹۹۶
	پرت کردن حواس	۴۸۴۵/۹۵۲	۱	۴۸۴۵/۹۵۲	۸۱/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۵	۰/۹۵۰
	نگرانی	۱۰۸۹/۲۰۸	۱	۱۰۸۹/۲۰۸	۳۸/۳۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۳۵	۰/۱۸۵
	کنترل اجتماعی	۱۰۹۱/۴۷۶	۱	۱۰۹۱/۴۷۶	۳۷/۲۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۱۵۷	۰/۶۷۴
	تنبیه	۸۶۲/۲۶۴	۱	۸۶۲/۲۶۴	۴۱/۵۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۸۲	۰/۳۸۴
	ارزیابی دوباره	۶۳۰/۱۱۴	۱	۶۳۰/۱۱۴	۱۵/۳۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۸	۰/۸۷۶
	کنترل فکر	۳۱۹۴۹/۸۶۶	۱	۳۱۹۴۹/۸۶۶	۵۵/۷۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۱/۰۰۰
گروه	اضطراب	۸۷/۸۰	۱	۸۷/۸۰	۱۹/۰۶۳	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲	۰/۵۳۲
	پرت کردن حواس	۴۳۴/۲۲۹	۱	۴۳۴/۲۲۹	۲۶۱/۷	۰/۰۱۱	۰/۰۷۲	۰/۳۴۴
	نگرانی	۱۰۰/۸۰۸	۱	۱۰۰/۸۰۸	۴/۴۱۲	۰/۰۴۳	۰/۰۲۰	۰/۱۲۶
	کنترل اجتماعی	۴۷/۳۱۳	۱	۴۷/۳۱۳	۳/۴۴۱	۰/۰۷۲	۰/۱۴۶	۰/۲۳۳
	تنبیه	۸۷/۴۷۱	۱	۸۷/۴۷۱	۴/۲۱۹	۰/۰۴۷	۰/۰۶۴	۰/۳۰۹
	ارزیابی دوباره	۸۳/۰۰۸	۱	۸۳/۰۰۸	۲/۰۲۷	۰/۱۶۳	۰/۰۲۶	۰/۱۵۰
	کنترل فکر	۳۹۲۵/۹۲۱	۱	۳۹۲۵/۹۲۱	۶/۸۵۶	۰/۰۱۳	۰/۱۵۶	۰/۷۲۲

کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است. یعنی درمان فراشناختی توانسته است نمرات اضطراب در مرحله پس‌آزمون را کاهش دهد. علاوه بر این مشخص می‌شود که میزان این تاثیر ۱۴ درصد

همان‌طور که نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد بین گروه‌ها در نمرات اضطراب در مرحله پس‌آزمون در سطح  $P < 0.05$  تفاوت معنی‌دار وجود دارد. تفاوت بین نمرات اضطراب در گروه آزمایش و

است. بحرینی، قاسمی و میرزایی (۲۰۲۱)؛ بایگانی، ستوده اصل، کرمی، اسدزاده دهرایی (۲۰۲۰)؛ ولز و ماتیوز<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، برگرسن و همکاران (۲۰۱۱)، در نمونه‌های دیگر همسو است.

همچنین درمان فراشناختی روی ابعاد پرت کردن حواس، نگرانی و تنبیه تاثیر معنادار داشته اما روی ابعاد کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد تاثیر معنادار ندارد که با نتایج مهاجری اول، نریمانی، صادقی و حاجلو (۱۳۹۹)؛ مومنی و رادمهر (۱۳۹۹)؛ حسینی غفاری، محمدخانی، پور شهباز و دولتشاهی (۱۳۹۲)؛ ولز و همکاران (۲۰۲۱)؛ سناگوی محرر، عرفانی و ابری زاده (۲۰۲۱)؛ اسدی، بحرینیان و اصغر نژاد (۲۰۱۹)؛ برگرسن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱)؛ ولز و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه‌های دیگر همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب‌زای خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می‌کنند. راهبردهای کنترل فکر پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام فراشناختی خود نشان می‌دهند. ولز<sup>۳</sup> اختلال هیجانی را با راهبرد کنترل تهدید مشخص می‌کند. در یک مطالعه تحلیل عاملی، ولز و دیویس<sup>۴</sup> پنج راهبرد کنترل را مشخص کردند که از طریق پرسشنامه کنترل فکر سنجیده می‌شود. این راهبردها ارزیابی مجدد، تنبیه، کنترل اجتماعی، نگرانی و توجه‌برگردانی را شامل می‌شوند (ولز و دیویس، ۲۰۰۳). بر اساس مدل ولز، افکار مزاحم و برانگیختگی ناشی از آن،

همچنین نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در نمره کل کنترل فکر در مرحله پس‌آزمون در سطح  $P < 0.05$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یعنی تفاوت بین نمره کل کنترل فکر در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است. یعنی درمان فراشناختی توانسته است نمره کل کنترل فکر را در مرحله پس‌آزمون کاهش دهد. همچنین تفاوت نمرات ابعاد کنترل فکر شامل پرت کردن حواس، نگرانی و تنبیه در گروه‌ها معنی‌دار است یعنی تفاوت بین نمرات ابعاد کنترل فکر شامل پرت کردن حواس، نگرانی و تنبیه در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است. یعنی درمان فراشناختی توانسته است نمرات ابعاد کنترل فکر شامل پرت کردن حواس، نگرانی و تنبیه را در مرحله پس‌آزمون کاهش دهد. ولی تفاوت نمره دو بعد دیگر کنترل فکر شامل کنترل اجتماعی و ارزیابی دوباره در گروه‌ها معنی‌دار نیست. یعنی درمان فراشناختی نتوانسته است نمرات ابعاد کنترل فکر شامل کنترل اجتماعی و ارزیابی دوباره را در مرحله پس‌آزمون کاهش دهد.

### نتیجه‌گیری و بحث

نتایج نشان داد که درمان فراشناختی روی اضطراب و مولفه‌های مرتبط در بیماران مبتلا به دیابت بارداری اثربخش بوده است. این نتایج با مطالعات انصاری، تسبیح‌سازان، خادمی و رضایی (۱۴۰۰)؛ نعمت‌اللهی، افشاری‌نیا، حسینی، کاکابرایی و پرندین (۱۳۹۹)؛ ولز و همکاران (۲۰۲۱)؛ زاهدیان،

1. Matthews  
2. Bergersen  
3. Wells  
4. Davies

بیمار افکار بایستی کنترل شوند و بایستی همه جنبه‌های رویداد تروماتیک به خاطر سپرده شود. همچنین باورهای فراشناختی منفی درباره علائم اختلال و توجه مداوم روی الگوهایی که سودمند نیستند می‌تواند منجر به افزایش حالت‌های اضطرابی شود که این به نوبه‌ی خود نشخوارهای فکری را افزایش داده و درنهایت یک چرخه‌ی عاطفی - شناختی منفی را به وجود می‌آورد. برای مثال، این بیماران شاید بر این باور باشند که افکار مزاحم نشانه‌ای از بی‌ثباتی هیجانی است بنابراین با القا و تکرار افکار از حالت خودکار به ارادی باعث افزایش اضطراب، نگرانی و حتی کنترل اجتماعی در خود می‌گردند (ولز و همکاران، ۲۰۰۸).

راهبردهای کنترل فکر در مدل فراشناختی پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی خود نشان می‌دهند به عبارتی دیگر افراد برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب‌زای خود از طیف وسیعی از راهبردها استفاده می‌کنند (سالاری فر و پور اعتماد، ۱۳۹۰). فراشناخت را می‌توان باور و اعتقاد فرد در مورد تفکر خودش تعریف کرد. داشتن چنین باورهایی تعیین کننده نحوه پاسخ‌دهی فرد به افکارش و نحوه سازماندهی آن‌ها می‌باشد (ولز و کارتر، ۲۰۰۱). فراشناخت اموری که به آن توجه می‌کنیم و اطلاعاتی که وارد هوشیاری ما می‌شود را تعیین می‌کند و ارزیابی‌های ما را شکل می‌دهد و بر راهبردهایی که برای تنظیم افکار به کار می‌بریم اثر می‌گذارد (محمدخانی، صادقی و فرزاد،

یک پاسخ استرسی طبیعی قلمداد می‌شود که خود در حکم محرکی برای پردازش هیجانی به شمار می‌آید. پردازش هیجانی به معنای تدوین یک برنامه یا طرح برای راهنمایی افکار و رفتار هنگام رویارویی با آن تهدید در آینده است. در حالت طبیعی این فرآیند بدون هیچ مانعی به حرکت خود ادامه می‌دهد. دستیابی به این گونه طرح‌ها مستلزم کنترل انعطاف‌پذیر روی شناخت می‌باشد. اما گاهی از اوقات راهبردهای مقابله‌ای خاص فرد مانع از شکل‌گیری این طرح‌ها می‌گردد. راهبردهای مقابله‌ای همچون نشخوار فکری، نگرانی کلامی، تلاش برای اجتناب از افکار ترومایی و سرکوب آن‌ها و به کارگیری راهبردهای توجهی بازبینی تهدید منجر به این می‌شوند که فرد در برابر تهدید همراه با اضطراب پاسخ دهد و در نتیجه احساس تهدید همچنان وجود داشته باشد. در مجموع، باید گفت این افراد در نتیجه به کارگیری این راهبردهای مقابله‌ای انعطاف‌پذیری مورد نیاز برای تدوین یک برنامه درونی را از دست می‌دهند و برنامه درونی‌شان را صرف تعیین خطر و تهدید می‌کنند (ولز و همکاران، ۲۰۰۸).

همچنین این سبک‌های غیرمفید پاسخ ناشی از باورهای فراشناختی نادرستی است که این افراد دارند. نمونه‌هایی از این باورها عبارتند از: نگرانی و تفکر مکرر درباره توانمندی خود برای مقابله با خطر و اجتناب، این باورها حتی تا بدان جا گسترش می‌یابند که فرد تصور می‌کند، حفظ یک حالت آمادگی توجهی نسبت به یک محرک تهدید کننده سودمند می‌باشد، از این رو، به زعم فرد

قطبی و گلی: اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر و کاهش اضطراب زنان مبتلا به دیابت بارداری

گردآوری شده بود که تکرار پژوهش در شهرستان‌ها و فرهنگ‌های دیگر ایرانی پیشنهاد می‌شود. همچنین مبتنی بر نتایج، از لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود که اجرای جلسات درمان فراشناختی در مراکز بهداشت و سلامت برای عملی کردن و سهولت دسترسی آسان به برنامه‌های درمان فراشناختی، برای استفاده زنان مبتلا به دیابت بارداری صورت پذیرد.

#### سپاسگزاری

پژوهشگران این پژوهش لازم می‌دانند از تمامی کارکنان مراکز جامع خدمات سلامت کاشان و همچنین تمامی آزمودنی‌هایی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر نمایند. لازم به ذکر است که مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی گرفته شده است.

۱۳۸۳). مطابق با مدل فراشناختی فعال‌شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد موجب افزایش حساسیت و توجه روی افکار مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود سبب تشدید هیجان‌های منفی شده که در نهایت منجر به اضطراب می‌گردد. بنابراین با آموزش راهبردهای فراشناختانه سالم و موثر بیماران می‌توانند مجهز به الگوهای فراشناختی (شناخت شناخت) و در نهایت شناختی سالم و سازگارانه‌تری گردند و مشکلات‌شان را به نحوی درست مدیریت کرده و از ایجاد یا افزایش مشکلات عاطفی و بالینی جلوگیری نمایند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی از جمله حجم نمونه پایین بود بنابراین این پژوهش می‌تواند روی تعداد گروه‌های بیشتر برای مثال چهار گروه (دو گروه گواه و دو گروه آزمایش) انجام شود. همچنین داده‌ها صرفاً از یک شهرستان

#### منابع

پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۷ (۳): ۲۰-۲۹.

حسینی غفاری، فاطمه، محمد خانی، پروانه، پور شهباز، عباس، دولتشاهی، بهروز. (۱۳۹۲).

اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای کنترل تفکر در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. نشریه علمی پژوهشی دانشکده مامایی دانشگاه علوم پزشکی بهشتی، ۲۳ (۸۰): ۶۶-۷۶.

اندوز، زهرا. (۱۳۹۰). اثربخشی فراشناخت درمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. دپارتمان روانشناسی بالینی.

انصاری، بهجت، تسبیح‌سازان، سیدرضا، خادمی، علی، رضایی، محمدخالد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر نگرانی، نشخوار فکری و کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم. نشریه

- سالاری فر، محمدحسین، پورا اعتماد حمیدرضا. (۱۳۹۰). رابطه باورهای فرا شناختی با اختلال افسردگی و اضطراب، مجله علمی پژوهشی یافته، ۱۱ (۴): ۲۹-۳۸.
- سجادی، سیدعلی رضا، بخشانی، نورمحمد، شکری پور، کبری، باغبان حقیقی، مهری، صمدی، رویا، صفرزایی، منصور. (۱۳۹۱). شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله علوم پزشکی زاهدان، ۱۴ (۱): ۸۵-۸۲.
- شاره، حسین، علیمرادی، عبدالطیف. (۱۳۹۲). سیستم‌های مغزی - رتاری، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. مجله روانشناسی بالینی، ۵ (۳): ۸۷-۱۰۱.
- شفیعی سنگ آتش، سمیه، رفیعی نیا، پروین، نجفی، محمود. (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان فراشناختی ۱۳۸ بر اضطراب و مولفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. مجله رانشناسی بالینی، ۴ (۴): ۲۲-۸.
- فتی، لادن، موتابی، فرشته، مولودی، رضا، ضیایی، کاوه. (۱۳۸۹). کفایت روانسنجی نسخه فارسی «پرسشنامه کنترل فکر» و «پرسشنامه افکار اضطرابی» در دانشجویان ایرانی.
- فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱ (۱): ۸۱-۱۰۳.
- کاوایانی، حسین، موسوی، اشرف سادات. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۶۶ (۲): ۱۳۶-۱۴۰.
- لاریجانی، باقر، حسین‌نژاد، آرش. (۱۳۹۶). دیابت بارداری. مجله دیابت و لیپید ایران، ۱ (۱): ۲۲-۹.
- محمدخانی، شهرام، صادقی، نگار، فرزاد، ولی اله. (۱۳۸۳). مدل روابط علی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان شناختی، ۶ (۲۳): ۱۸۵-۱۵۹.
- محمدخانی، شهرام، فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی. مجله روانشناسی بالینی، ۱ (۳): ۳۵-۵۱.
- مهاجری اول، نسترن، نریمانی، محمد، صادقی، گودرز، حاجلو، نادر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر

قطبی و گلی: اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر و کاهش اضطراب زنان مبتلا به دیابت بارداری

- (۱): ۶۵-۷۱.
- نعمت الهی، شهلا، افشاری نیا، کریم، حسینی، سعیده السادات، کاکابرای، کیوان، پرندین، شیما. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی و اضطراب در بیماران وسواس فکری. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت. ۴ (۳): ۷۵-۸۲.
- ولز، آدریان. (۲۰۰۹). درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی (۱۳۹۵). (چاپ چهارم). تهران، انتشارات ورای دانش.
- مومنی، خدامراد، رادمهر، فرناز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی / توجهی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۱(۲)، ۳۲-۴۲.
- موید، فرح، زارع، شهرام، نیکبخت، علی. (۱۳۹۳). بررسی اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت بندرعباس. مجله علوم پزشکی هرمزگان، ۱۸.
- Aghabeygi, B., & Khanjani, S. (2020). The effectiveness of metacognition therapy on the marital quality of the women. *Journal of Education and Health Promotion*, 9. PMID: 32509907; PMCID: PMC7271925.
- Bayegan, K., Sotodeh Asl, N., Karami, A., & Asadzadeh Dahraei, H. (2020). Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Behavioral Activation on Depression in Elderly with Type 2 Diabetes. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(1), 9-14.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for

- measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Bergersen, H., Foslie, F., Sunnerhagen, K.S., Schank, A.K. (2011). Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 23(2): 1-6.
- Cyert, F., March, M. (2016). *Behavioral Theory of the Firm*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and metacognitive monitoring: A new era of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Nigatu, B., Workneh, T., Mekuria, T., Yifter, H., Mamuye, Y., & Gize, A. (2022). Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus among pregnant women attending antenatal care clinic of St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia. *Clinical diabetes and endocrinology*, 8(1), 1-6.
- Sanagoye Moharrar, G., Erfani, M., & Abarizade, A. (2021). The effectiveness of metacognitive therapy for emotional burnout and stress reduction in migraine patients. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 63(6).
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*, 32(8), 871-878.
- Wells, A., Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of GAD: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Behavior Therapy*, 32: 85-102.
- Wells, A., Davies, M. (2003). The thought control questionnaire: A measure of individual difference in the control of unwanted thought. *Behavior Res Ther*, 41: 529-54.
- Wells, A., Matthews, G. (2016). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther*, 32(2): 870-97.
- Wells, A., Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and therapy*, 39: 713-720.

Wells, A., Reeves, D., Capobianco, L., Heal, C., Davies, L., Heagerty, A., ... & Fisher, P. (2021). Improving the Effectiveness of Psychological Interventions for Depression and Anxiety in Cardiac Rehabilitation: PATHWAY—A Single-Blind, Parallel, Randomized, Controlled Trial of Group Metacognitive Therapy. *Circulation*, *144*(1), 23-33. PMID: 34148379.

relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. Manuscript in preparation.

Zahedian, E., Bahreini, M., Ghasemi, N., & Mirzaei, K. (2021). Group metacognitive therapy and depression in women with breast cancer: a randomized controlled trial. *BMC women's health*, *21*(1), 1-9.

Wells, A., Welford, M., King, P., Papayorgiou, G., Wisly, J., Mendel, E. (2008). A randomized trial of metacognitive therapy versus applied

