

## اثربخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی دانش آموزان دختر فرزند شاهد و جانباز

### *Effectiveness of meta- cognitive therapy on depression in daughters students of martyr and witness families*

تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۱۵

Sabzian S.MSc<sup>✉</sup>

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۱۰

سعیده سبزیان<sup>✉</sup>

#### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was an investigation of the Effectiveness of meta- cognitive therapy on depression in daughters students of martyr and devotee families in high school of Isfahan city.

**Method:** Present study quasi-experimental method with pre-test - post-test and follow-up was performed. The statistical population of all high school girl students in the 1391-1392 academic school year in Isfahan city. Among them 30 were selected by cluster random sampling. measurement instruments in the study of demographic questionnaire and depression questionnaire beck. after intervention the post test was performed and was performed follow up 3 months later. results using descriptive and inferential statistical and software SPSS-20 was analysis.

**Results** The results of analysis of covariance showed that meta-cognitive therapy intervention that reduces the depressive symptoms at post-test and follow-up ( $P \leq 0.5$ ).

**Discussion:** The results showed that meta - cognitive therapy decrease the depression of. Over all this study suggested use meta - cognitive therapy in order to decrease depression in adolescents of high school girl.

**Keywords:** meta - cognitive therapy, depression, martyr and witness

#### چکیده

**مقدمه:** هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی دانش آموزان دختر فرزند شاهد و جانباز شهر اصفهان بود.

**روش:** پژوهش حاضر به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانش آموزان دختر فرزند شاهد و جانباز دبیرستانی در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ در شهر اصفهان بود که از میان آنان، تعداد ۳۰ نفر به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه افسردگی بک بود. پس از اعمال مداخله پس آزمون و بعد از ۳ ماه آزمون پیگیری اجرا شد. یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS - 20 و آزمون آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که ارائه مداخله مبنی بر فراشناخت درمانی باعث کاهش علائم افسردگی در مرحله پس آزمون و پیگیری می‌شود ( $p < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت ارائه مداخله مبنی بر فراشناخت درمانی در کاهش علائم افسردگی موثر است؛ لذا می‌توان از این مداخله در جهت کاهش علائم افسردگی در دانش آموزان استفاده کرد.

**کلید واژه‌ها:** فراشناخت درمانی، افسردگی، شاهد و جانباز

<sup>✉</sup> **Corresponding Author:** Department of Educational Psychology University of Lorestan, Lorestan, Iran  
**E-mail:** sabzian1989@yahoo.com

<sup>✉</sup> گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

مقدمه

افسردگی به عنوان یک اختلال متعارف در میان نوجوانان (بریماهر<sup>۱</sup>، ریان، ویلیامسون و دیگران، ۱۹۹۶؛ پراسرومک-آردل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶) - اغلب شامل یک دوره بالینی مزمن و عود کننده است (لوینسون<sup>۳</sup> و دیگران، ۱۹۹۳). نرخ شروع علائم افسردگی و اختلالات افسرده ساز از ۰/۸ تا ۱/۳ درصد است (ماسفون و دورتا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). اطلاعات بالینی و همه گیرشناسی نشان داده است در حالی که نوجوانان افسرده جمعیت عظیمی را به خود اختصاص داده‌اند، خدمات درمانی چندانی دریافت نمی‌کنند (برنز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱؛ کلرو، لوری، بردسلی و دیگران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱؛ هابرم<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲؛ وو، هوون بیرد<sup>۸</sup> و دیگران، ۱۹۹۹). تعداد کمی از نوجوانان افسرده نیازمند دریافت خدمات درمانی، تشخیص داده می‌شوند که البته از آن تعداد نیز به ندرت خدمات دریافت می‌کنند. نرخ پایین درمان در نوجوانان، می‌تواند از طریق دستیابی محدود آنان از مراکز سلامت روانی تبیین شود. ایجاد و گسترش درمان‌هایی که برای نوجوانان افسرده کوتاه مدت و قابل اجرا باشد، ضرورتی انکار ناپذیر است. با توجه به نرخ بالای خلق افسرده و اختلالات افسرده‌ساز در جمعیت نوجوان و مسیرهای رشدی منفی مربوط به افسردگی نوجوان این حوزه، توجه قابل ملاحظه‌ای در مداخلات درمانی به خود اختصاص داده است (مرادی، شکری و دانشور پور، ۱۳۸۶). در سال‌های اخیر الگوهای جدیدی مانند رویکرد فراشناختی شکل گرفته و تحول بزرگی در روش‌های درمانی این اختلال ایجاد کرده است. این رویکرد درمانی که بر اساس نظریه کارکرد اجرایی خودنظم بخش (S-REF) ولز و ماتیوز استوار است؛ ابتدا در مورد اختلال اضطراب فراگیر به کار برده شد و بعد به عنوان یک رویکرد

درمانی عمومی گسترش یافت (ولز و ماتیوز<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴؛ ولز و ماتیوز، ۱۹۹۶). اصطلاح کارکردهای اجرایی، سازه‌ای است که به گروه وسیعی از فرآیندهای فراشناختی مانند برنامه‌ریزی، جستجوی نظام مند، کنترل تکانه، خودتنظیمی رفتار، به کارگیری راهبردهای انعطاف پذیر، توجه انتخابی، کنترل توجه و ارزیابی خود اطلاق می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). مدل فراشناختی بیان می‌دارد که حالت افسردگی، با شکست در ارزیابی تحقق اهداف شخصی ارتباط دارد. باورهای فراشناختی، افکار نشخوارگونه را به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خود تنظیمی در نظر می‌گیرند. با این که این افکار همیشه به طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند، ادامه آنها تابع کنترل داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن این راهبردها ارتباط دارد. خود تمرکزی و نشخوار فکری، نه تنها باعث منحرف کردن توجه از اشکال سازگار مقابله، مثل حل مسئله می‌گردند؛ بلکه در عدم کارآمدی فراشناختی نیز سهیم هستند و باعث می‌شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش مؤثر و کارا از دست بدهد (ولز، ۲۰۰۸). گرچه این نوع از درمان سابقه‌ای بسیار کوتاه دارد ولی مطالعات پژوهشی، کارآمدی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند. (ولز و همکاران، ۲۰۰۷) اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند. این بررسی به صورت تک موردی بر روی ۴ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت. درمان با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. همچنین ولز (۲۰۰۳) در پژوهشی به بررسی تجربی مدل فراشناختی نشخوار ذهنی و افسردگی پرداخت. مطالعه او عقیده مربوط به وجود ارتباط بین نشخوار ذهنی، افسردگی و فراشناخت را

شش ماهه، بهبود معناداری نشان دادند. در مرحله پیگیری چهار بیمار (۶۶ درصد) به گونه ای بهبود یافتند که ملاک های تشخیصی افسرده خوبی را نداشتند. فنل و تیزدل<sup>۱۲</sup> (۱۹۸۲) شناخت درمانی بک را بر پنج بیمار مبتلا به افسرده خوبی اجرا کردند و تنها یک نفر (۲۰ درصد) پس از پایان درمان بهبود پیدا کرد. واتکینز و تیزدل<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۴) در مطالعه ای بر ۲۸ بیمار افسرده خو نشان دادند که با روش شناخت درمانی بک، نشانه های افسردگی بیماران به طور معناداری کاهش یافتند. پژوهشی توسط علیلو، هاشمی، هاشمی (۱۳۹۰) تحت عنوان اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افکار ناکارآمد در اختلال افسردگی اساسی انجام شد؛ نتایج این پژوهش نشان می دهد، درمان فراشناختی که به جای محتوای شناخت بر کنترل فرآیندهای حاکم بر آن تمرکز می کند، می تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی موثر باشد. به طوری که درمان موجب تغییرات معنادار در علائم هر سه بیمار شد و بهره های درمانی تا زمان دوره پیگیری ادامه یافتند. پژوهشی توسط حسنوندی، ولی زاده، مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۲) تحت عنوان اثر بخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری انجام شد، نتایج این پژوهش نشان می دهد به کارگیری الگوی فراشناختی ولز در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری دانشجویان دارای این علائم، موثر است. پژوهشی توسط هاشمی، علیلو، هاشمی (۱۳۸۹) تحت عنوان اثر بخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی گزارش موردی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی که به جای محتوای شناخت بر کنترل فرآیندهای حاکم بر آن تمرکز کند، می تواند در درمان

مورد تأیید قرار داد. در همین راستا پاپا جرجیو و ولز<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۱) پژوهشی با عنوان عقاید فراشناخت در مورد نشخوار ذهنی در افسردگی عمده عود کننده انجام دادند که این پژوهش شواهدی برای این تأکید که افراد با MDD عود کننده عقاید مثبت و منفی در مورد نشخوار های افسرده کننده را حفظ می کنند، مهیا کرده است. تکرار این عقاید با مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی سازگار است. (ولز و ماتیوز، ۱۹۹۴) که این مدل افکار نشخواری را بر حسب فعالیت عقاید فراشناختی مثبت و منفی در مورد افکار منفی پایدار و تکراری (برای مثال نشخوار ذهنی)، تبیین می کند و در درمان فراشناختی به این مسئله تأکید شده است. در پژوهشی دیگر ولز و پاپا جرجیو (۲۰۰۱) به درمان MDD عود کننده از طریق آموزش توجه پرداختند. نتایج نشان داد این مداخله روی ۴ بیمار به عنوان یک پتانسیل درمانی، برای این اختلال مؤثر است. تکنیک های آموزش توجه تغییرات قابل پیش بینی را در خود تمرکزی و فراشناخت ایجاد می کند. در یک مطالعه (ولز آدرین، ۱۳۸۸) با استفاده از طرح A-B چند خط پایه ای، بیماران طی شش تا هشت جلسه درمان فراشناختی هفتگی درمان شدند و بهبودی چشمگیری در افسردگی، اضطراب و فراشناخت مشاهده شد. برای مثال، میانگین نمره پرسشنامه افسردگی بک پیش از درمان ۲۳/۳۵ بود که پس از درمان به ۶/۵ رسید و در پیگیری ۶ ماهه، نمره یکی از بیماران خارج از نمره برش تعیین شده برای بهبودی قرار داشت، ولی همچنان حاکی از بهبودی معنادار بود. در پژوهشی استراوینکسکی، ساهار و وروولت<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۱) تأثیر شناخت درمانی بک را طی ۱۵ جلسه بر شش بیمار افسرده خو مورد بررسی قرار دادند. پنج بیمار ۸۳/۵ درصد پس از درمان، با پیگیری

بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مؤثر باشد. به طوری که درمان موجب تغییرات معنادار در علائم هر سه بیمار شد و بهره‌های درمانی تا زمان دوره پیگیری ادامه یافتند. با توجه به اینکه تحقیقاتی که تاکنون در مورد فراشناخت صورت گرفته بیشتر در حیطه نظری است و پژوهش‌های اندکی به درمان فراشناختی افسردگی پرداخته است؛ علاوه بر این در این پژوهش از تکنیک‌های آموزش توجه (ATT)، سایلنت و تکنیک‌های شش کلاه تفکر به عنوان روش اصلی مداخله استفاده شده است.

#### روش

جامعه آماری در این تحقیق، دانش‌آموزان دختر فرزند شاهد و جانباز مقطع متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ بود. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. به این صورت که از میان مناطق شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان یکی از مناطق (منطقه ۳) به تصادف انتخاب و از بین مدارس دبیرستان‌های شاهد و طرح‌پراکنده این ناحیه؛ تعداد ۲ مدرسه و در هر دو مدرسه از بین کلاس‌های پایه اول تا سوم، تعداد پنج کلاس به طور تصادفی انتخاب و سپس کلیه دانش‌آموزان این پنج کلاس ۱۶۳ نفر از جهت داشتن افسردگی با استفاده از مقیاس افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. بر این اساس، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دارای نمرات بالای افسردگی انتخاب و برای گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه در نظر گرفته و درمان فراشناختی به صورت گروهی بر آنان اجرا شد. در این تحلیل، عضویت گروهی در دو سطح دریافت و عدم دریافت مداخله به عنوان متغیر مستقل، نمرات پس‌آزمون و پیگیری افسردگی به عنوان متغیرهای وابسته

و نمرات پیش‌آزمون در نوع مذکور به همراه تحصیلات والدین و طبقه اجتماعی-اقتصادی خانواده به عنوان متغیر کنترل لحاظ شدند. جهت پرهیز از طولانی شدن جدول‌های آماری، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تحصیلات والدین و طبقه اجتماعی-اقتصادی ارائه نمی‌شود. درمان فراشناختی در قالب ۸ جلسه آموزشی و فقط بر روی گروه آزمایش اعمال شد. به دلیل مراعات مسائل اخلاقی پژوهش پس از برگزاری پیگیری ۳ ماهه، دوره‌ای فشرده برای گروه کنترل برگزار شد.

کفایت حجم نمونه بر اساس توان آماری مشخص شد. حجم نمونه بستگی به سطح آلفا یا میزان معناداری، میزان تفاوت یا رابطه (مجذور اتا)، میزان خطای استاندارد نمونه‌گیری و توان آماری دارد (مولوی، ۱۳۸۶). کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 و با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد.

استفاده از آزمون تحلیل کواریانس به عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است؛ که در این پژوهش با توجه به برقرار بودن این پیش‌فرض‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. این پیش‌فرض‌ها عبارت بود از:

- ۱- فاصله‌ای یا نسبی بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته
- ۲- نمونه‌گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها
- ۳- توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته
- ۴- همسانی واریانس‌های متغیر وابسته
- ۵- تساوی یا تناسب حجم نمونه‌ها می‌باشد (مولوی، ۱۳۸۶).

در این پژوهش منظور از فراشناخت درمانی، شیوه درمانی مبتنی بر سیستم مدل کنش اجرایی خود نظم جو (S-ERF) است که شامل تکنیک‌های آموزش

توجه (ATT)، سایلنت، توجه انتخابی و شش کلاه تفکر می‌شود. این فرایند درمانی در مدت هشت جلسه و به صورت یک جلسه یک و نیم ساعته در هفته بر روی گروه آزمایش انجام شد. جلسات مداخله درمان فراشناختی به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: ۱- ایجاد شرایط درمان، برقراری رابطه درمانی، ایجاد امید و دلگرمی و بازخورد به درمان به عنوان شرایط بهزیستی و تأکید بر جنبه‌های مثبت درمان ۲- معرفی نوع درمان، قرار داد درمانی (در قالب تعهد و مسئولیت) ۳- ارزیابی رفتاری و روان شناختی در خصوص و نحوه شکل‌گیری مشکلات ۴- مفهوم‌سازی و صورت‌بندی اولیه مشکل ۵- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه دوم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- شناسایی راهبردهای مقابله‌ای کنترل افکار در مراجعان، شناسایی نگرانی‌ها و نشخوار فکری مراجعان در مورد موضوعات مختلف زندگی ۳- معرفی راهبرد کلاه‌های شش گانه و ارتباط آن را فراشناخت ۴- آموزش استفاده از کلاه سفید در بررسی و مطالعه افکار و موقعیت سخت زندگی ۵- آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی با استفاده از کلاه سفید ۶- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه سوم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- آشناسازی با پیامدهای درگیر با علائم با استفاده از مثال ۳- آموزش و تمرین تکمیلی استفاده از کلاه سفید برای درگیر نشدن افراد یا پیام‌های دریافتی ۴- آموزش استفاده از تکنیک سایلنت ۵- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه چهارم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- بازبینی در روند

پیشرفت استفاده از تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی و تکنیک به تعویق انداختن نگرانی ۳- شناسایی موانع موجود در به کارگیری این دو تکنیک، علت‌یابی و رفع آنها. ۴- آموزش درگیر نشدن با احساسات و هیجانات ناشی از دریافت پیام‌ها یا استفاده از کلاه قرمز ۵- ارائه تکلیف (تلاش در استفاده نکردن از راهبردهای ناکارآمد). ۶- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه پنجم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- آشنا سازی با سندرم توجهی- شناختی در تداوم مشکلات روان‌شناختی و رسیدن به بهزیستی روان‌شناختی ۳- آشنا سازی با سوء گیری توجه در تمرکز بر منابع درونی تهدید (علائم و احساسهای بدنی) و منابع بیرونی (بررسی محیط) ۴- آموزش تکنیک تغییر توجه و شیوه کنار گذاشتن نظارت بر تهدید ۵- آموزش بررسی و ارزیابی عواقب مثبت و منفی مسائل با استفاده از کلاه‌های سیاه و زرد ۶- آشناسازی با نتایج مقابله‌های شناختی، هیجانی و اجتناب موقعیتی با استفاده از کلاه‌های سیاه و زرد ۷- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه ششم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- آموزش جایگزینی راه‌حل جدید برای مقابله با موقعیت‌های آسیب‌زا با استفاده از کلاه سبز با هدف فاصله گرفتن از بکارگیری شیوه معمولی افراد بیمار به عنوان راهی برای مقابله. ۳- بررسی روند پیشرفت مراجعان در استفاده از تکنیک‌های آموزش دیده ۴- آموزش تمرکز مجدد بر توجه و راهکارهایی برای جلوگیری از عود مجدد مشکل ۵- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه هفتم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد

مطالب و تمرین‌های گفته شده ۲- تمرین و مرور مجدد جایگزینی راه حل جدید برای مقابله با موقعیت‌های دشوار زندگی ۳- آموزش کنترل و مدیریت افکار و هیجانات با استفاده از کلاه آبی و نمودار فرایند استفاده از کلاه‌ها در موقعیت‌های مختلف ۴- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده.

جلسه هشتم: ۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته ۲- تمرین و ارزیابی مجدد کنترل و مدیریت افکار و هیجانات با استفاده از کلاه آبی و نمودار فرایند استفاده از کلاه‌ها در موقعیت‌های مختلف زندگی ۳- بررسی روند پیشرفت مراجعان در استفاده از تکنیک‌های آموزش دیده، آموزش تمرکز مجدد بر توجه و راهکارهایی برای جلوگیری از شروع مجدد مشکلات ۵- تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده. ابزارهای پژوهش شامل:

**پرسشنامه جمعیت شناختی:** اطلاعات جمعیت شناختی مورد نیاز این پژوهش از جمله: سن، جنس، تعداد فرزندان، سن پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر

بود.

**پرسشنامه افسردگی بک:** این پرسشنامه ۲۱ سؤال دارد و آزمودنی یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت افسردگی است، انتخاب می‌کند. به هر سؤال نمره‌ای بین ۰ تا ۳ اختصاص یافته و کل پرسشنامه دامنه‌ای از نمرات ۰ تا ۶۳ خواهد داشت. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۶) اعتبار این پرسشنامه را محاسبه کردند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ است. در این پژوهش ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب برابر ۰/۸۸ است.

#### یافته‌ها

با استفاده از جدول‌های میانگین و انحراف معیار، تحلیل توصیفی انجام شد و برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- شاخص آمار توصیفی معدل و نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون

و پیگیری

گروه	مرحله ارزیابی	تعداد	خطای استاندارد	میانگین
آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۵/۸۰	۲۲/۱۳
	پس آزمون	۱۵	۳/۸۹	۱۶
	پیگیری	۱۵	۳/۵۵	۱۵/۰۶
کنترل	پیش آزمون	۱۵	۶/۶۳	۲۲/۵۳
	پس آزمون	۱۵	۶/۰۸	۲۱/۴۹
	پیگیری	۱۵	۵/۸۱	۱۹/۸۶

اثر بخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی دانش آموزان دختر فرزند شاهد و جانباز ۴۷

پیگیری میانگین این نمرات برای گروه آزمایش ۱۵/۰۶ و در گروه کنترل ۱۹/۸۶ بود. نتایج تحلیل کواریانس تاثیر فراشناخت درمانی بر افسردگی دانش آموزان در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

چنانچه مشاهده می شود میانگین نمرات افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۲۲/۱۳ و در گروه کنترل ۲۲/۵۳ بوده است و در مرحله پس آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش به ۱۶ و گروه کنترل ۲۱/۴۹ بوده و همچنین در مرحله

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس بررسی اثر بخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی آزمودنی ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله

ارزیابی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مرحله ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	اندازه اثر (%)	توان آماری
پیش آزمون	افسردگی	پس آزمون	۵۷۱/۳۸	۱	۵۷۱/۳۸	۹۷/۴۲	۰/۰۰۱	۷۸/۳	۱/۰۰۰
آزمون	پیگیری	پیگیری	۵۳۵/۲۵	۱	۵۳۵/۲۵	۱۲۵/۲۱	۰/۰۰۱	۸۲/۳	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	افسردگی	پس آزمون	۲۰۰/۷۶	۱	۲۰۰/۷۶	۳۴/۲۳	۰/۰۰۱	۵۵/۹	۱/۰۰۰
گروهی	پیگیری	پیگیری	۱۵۳/۰۱	۱	۱۵۳/۰۱	۳۵/۷۹	۰/۰۰۱	۵۷/۰	۱/۰۰۰

همچنین با توجه به میانگین های تعدیل شده دو گروه (جدول ۳) و همچنین اندازه اثر مشاهده شده می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله فراشناخت درمانی باعث کاهش ۵۵/۹٪ علائم افسردگی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و کاهش ۵۷٪ این علائم در مرحله پیگیری شده است. همچنین توان آماری ۱۰۰٪ هم، حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه می باشد.

نتایج تحلیل کواریانس مندرج در جدول ۲ نشان داد با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری علائم افسردگی ( $p < 0/05$ )، تفاوت میانگین های تعدیل شده علائم افسردگی که این میانگین تعدیل شده از کسراتر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می آید؛ دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $p < 0/05$ ).

جدول ۳- میانگین های تعدیل شده افسردگی در آزمودنی ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

عضویت گروهی		پس آزمون		پیگیری	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۱۶/۱۴	۰/۶۲۵	۱۵/۰۲	۰/۵۳۴	۱۶/۱۴	۰/۵۳۴
۲۱/۳۲	۰/۶۲۵	۱۹/۷۲	۰/۵۳۴	۲۱/۳۲	۰/۵۳۴

### بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر اصفهان بود. نتایج پژوهش نشان داد ارائه مداخله مبنی بر فراشناخت درمانی در کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش که مداخله را دریافت کرده هم در مرحله پس‌آزمون و هم پیگیری موثر بوده است در حالی که گروه گواه که هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرده بودند تغییری در میزان افسردگی آنها مشاهده نشد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ولز و همکاران (۲۰۰۷)، ولز و کاستاس (۲۰۰۳)، پاپاچرجیو و ولز (۲۰۰۱)، ولز و ماتیوز (۱۹۹۴)، استراوینکسکی و همکاران (۱۹۹۱)، فنل و تیز دل (۱۹۸۲)، علیلو و همکاران (۱۳۹۰)، واتکینز و تیزدل (۲۰۰۴)، حسونودی و همکاران (۱۳۹۲)، هاشمی و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌تواند گفت که یکی از ویژگی‌های اختلال‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب یا افسردگی آن است که تفکر دچار سوگیری و کنترل آن دشوار می‌شود و همین امر موجب بدتر شدن و تداوم ناراحتی هیجانی می‌شود. اکثر بیماران گزارش می‌دهند که احساس می‌کنند کنترلی بر افکار و رفتارشان ندارند. یک خصیصه مهم دیگر اختلال‌های روان‌شناختی آن است که الگوهای تفکر و توجه شخص، بر خود و موضوعات تهدیدکننده متمرکز می‌شود. درمان فراشناختی بر تغییر این الگوهای تفکر تأکید می‌کند و آن را بسیار مهم می‌داند (ولز، ۱۳۸۸).

به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی افسردگی با توجه به تأکیدش بر رابطه متقابل نشخوارهای ذهنی افسردگی و فراشناخت (به ویژه عقاید مثبت و منفی درباره نشخوارها)، در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در موقعیت بهتری قرار دارد. ولز به عنوان مشهورترین چهره در این حوزه؛ تأکید دارد که تا زمانی که نشخوارهای ذهنی به صورت مستقیم مورد چالش قرار نگیرد و در این میان عقاید فراشناختی مربوط به آنها و به طور اخص عقاید فراشناختی منفی و عقاید فراشناخت مثبت تغییر نیابند، درمان افسردگی به صورت مؤثر پیش نخواهد رفت (ولز، ۲۰۰۶). در آخر می‌توان این گونه بیان کرد که بهترین موضع مداخله در درمان افسردگی، نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی درباره آن است و با تغییر عقاید و در نتیجه کاهش نشخوارها می‌توان خلق را کاهش داد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود که در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌شود. با توجه به این که پژوهش حاضر فقط بر روی دانش‌آموزان دختر انجام گرفته است پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بر روی دانش‌آموزان پسر نیز پژوهش‌های مشابه صورت گیرد، تا امکان مقایسه برتری روش درمانی در دو جنس فراهم شود؛ همچنین در این پژوهش هیچ مداخله‌ای بر والدین این آزمودنی‌ها اجرا نشد لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جلسات آموزشی برای والدین به منظور بالا بردن اثرات درمان در آزمودنی‌ها استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از یافته‌های این پژوهش در مدارس برای کاهش افسردگی در دانش‌آموزان و بهبود عملکرد تحصیلی



۵- مولوی، حسین. (۱۳۸۶). راهنمای عملی SPSS-13-14 در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات پویش اندیشه.  
۶- ولز آدرین. (۱۳۸۸). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. شهرام محمد خانی، مترجم. تهران: انتشارات و رای دانش.

۷- هاشمی زهره، علیلو مجید، محمود، هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۸۹) اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی، مجله روان‌شناسی بالینی، ۳ (۷): ۳۸-۲۴.

8- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: Review of the past 10 years Part 1. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.

9- Burns, B. (1991). Mental health service use by adolescents in the 1970's and 1980's. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 30, 144-150.

10- Hoberman, H. (1992). Ethnic minority status and adolescent mental health. *Journal of Mental Health Administration*, 19, 246-267.

11- Keller, M., Lavori, P., Beardslee, W., Wunder, J. & Ryan, N. (1991). Depression in children and adolescents: New data on 'undertreatment' and a literature review on the efficacy of available treatments. *Journal of Affective Disorder*, 21, 163-171.

12- Lewinsohn, P., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J. & Andrews, J. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.

13- Lewinsohn, P., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J. & Andrews, J. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.

14- Mufson, L., & Dorta, K. (2000). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: Theory, practice and research [Electronic version]. *Adolescent Psychiatry*, 25(1), 139-168.

15- Mufson, L., & Dorta, K. (2000). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: Theory, practice and research [Electronic version]. *Adolescent Psychiatry*, 25(1), 139-168.

استفاده شود؛ و مسئولان مدارس نیز به برگزاری کارگاه‌هایی به منظور کاهش افسردگی در دانش‌آموزان اقدام نمایند.

#### پی‌نوشت

- 1- Birmaher, Ryan & Williamson
- 2- Prosser & McArdle
- 3- Lewinsohn, Hops & Roberts
- 4- Mufson & Dorta
- 5- Burns
- 6- Keller, Lavori & Beardslee
- 7- Hoberman
- 8- Wu, Hoven & Bird
- 9- Wells & Matthews
- 10- Papageorgiou & Wells
- 11- Stravinski, Sahar & Verveault
- 12- Fenell & Teasdale
- 13- Watkins & Teasdale

#### منابع

- ۱- حسنوندی صبا، ولی زاده مهدی، مهربانی زاده هنرمند مهناز (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر علایم افسردگی و نشخوار فکری، مجله اصول بهداشت روانی، ۱ (۷): ۴۲-۴۳.
- ۲- علیلو مجید محمود، هاشمی تورج، هاشمی زهره (۱۳۹۰) اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی اضطراب و افکار نا کارآمد در اختلال افسردگی اساسی، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۹۴-۸۹.
- ۳- فتی، لیلا، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمد کاظم و دابسون، کیت استفان (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری/ طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴۲.
- ۴- مرادی، علیرضا، شکر، امید؛ دانشور پور، زهره (۱۳۸۶) تأثیر روان‌درمانی بین‌فردی بر درمان افسردگی نوجوانان: مطالعه موردی، پژوهش در سلامت روان‌شناختی؛ ۱ (۳).

- 29- Wu, P., Hoven, C., Bird, H., Moore, R., Cohen, P., Alegria, M., Dulcan, M., Goodman, S., Horwitz, S., Lichtman, J., Narrow, W., Rae, D., Regier, D. & Roper, M. (1999). Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 38:1081-1092.
- 16- Papageorgiou C, Wells A (2003) An Empirical Test of a Clinical Meta-cognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*;27(3): 261.273.
- 17- Papageorigiou C, Wells A. (2001). Meta-cognitive Beliefs about Rumination in Recurrent Major Depression. *Cognitive Therapy and Research*; 2: 160-164.
- 18- Papageorigiou C, Wells A.(2001) Depressive rumination; nature, theory and treatment. New York: John Wiley & sons.
- 19- Prosser, J. & McArdle, P. (1996). The changing mental health of children and adolescents: Evidence for deterioration? *Psychological Medicine*, 26,715-725.
- 20- Prosser, J. & McArdle, P. (1996). The changing mental health of children and adolescents: Evidence for deterioration? *Psychological Medicine*, 26,715-725. Prosser, J. & McArdle, P. (1996). The changing mental health of children and adolescents: Evidence for deterioration? *Psychological Medicine*, 26,715-725.
- 21- Stravinski, A., Sahar, T., & Verveault, R. (1991). A pilot study of cognitive treatment of dysthymic disorder. *Behavioral Psychotherapy*, 4, 387-394.
- 22- Watkins, E. Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- 23- Wells A, Fisher P, Samuel M. Trishnapatel. Chris and brew in. (2007); Meta- cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. *Cogn Ther Res* :2: 100-108.
- 24- Wells A, Matthews G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav ResTher*; 32(2): 870-97.
- 25- Wells A, Matthews P. (1994). Attention and emotion. A clinical perspective. *Cognitive Therapy and Research*: 3:120-125.
- 26- Wells A.(2003) Metacognitive therapy for depression. *Behavioral and cognitive Psychotherapy* ;24(2): 305-317.
- 27- Wells A. Major depressive disorder. In: Wells A, editor. (2008). *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press;
- 28- Wells A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford; 5: 17-19.