

Meta-cognitive therapy versus cognitive therapy in reducing meta-worry in students with test anxiety

Ghahvehchi-Hosseini F. MSc[✉], Fathi-Ashtiani A. PhD¹, Azad-Fallah P. PhD²

[✉] Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹ Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Received: 2011.6.14

Accepted: 2013.5.12

Abstract

Introduction: The present study was an attempt to investigate the effectiveness of meta-cognitive therapy and cognitive therapy in reducing meta-worry in students suffering from test anxiety.

Method: It was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with a control group. The population of study comprised of every graduate female students in Tarbiat Modares University. They were initially screen using Spielberger anxiety questionnaire, and 15 participants who met exclusion-inclusion criteria were selected and randomly assigned to three groups of meta-cognitive therapy, cognitive therapy, and control group (5 in each group). The experimental groups received 8 sessions of meta-cognition and cognition therapy while the control group did not receive any intervention. Wells' Anxious Thoughts Inventory was used at pretest and posttest. The obtained data were analyzed using an ANCOVA.

Results: A significant difference was observed among the three groups in reducing meta-worry in students. The results showed that meta-cognitive therapy was more effective than cognitive therapy in reducing meta-worry in students with test anxiety. Also, both meta-cognitive and cognitive therapy showed greater reduction in meta-worry than the control group. The results showed that cognitive therapy was more effective than meta-cognitive therapy in reducing social worry and meta-cognitive therapy was more effective than cognitive therapy in reducing worry about health.

Conclusion: Considering the advantage of meta-cognitive therapy over cognitive therapy in reducing meta-worry, it is recommended that therapists use this method in reducing meta-worry in individuals.

Key words: Meta-Cognitive Therapy, Cognitive Therapy, Test anxiety, Meta-worry

مقایسه اثربخشی درمانگری فراشناختی با شناخت درمانگری در کاهش فرآیند دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان

فهیمة قهوه چی الحسینی[✉]، علی فتیحی آشتیانی^۱، پرویز آزاد فلاح^۲

✉ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۱ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۲ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۲۵

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمانگری فراشناختی با شناخت درمانگری در کاهش فرآیند دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان انجام گرفت.

روش: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی ارشد یکی از دانشگاه های تهران بودند که در مرحله اول با استفاده از پرسشنامه اضطراب امتحان اسپیلیبرگر تحت غربالگری قرار گرفتند و از بین آنها ۱۵ نفر از کسانی که دارای ملاکهای ورود و خروج بودند به شیوه در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و بصورت تصادفی در سه گروه درمانگری فراشناختی، شناختی و کنترل (در هر گروه ۵ نفر) اختصاص داده شدند. گروههای آزمایشی در ۸ جلسه تحت مداخلات درمانی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. پرسشنامه افکار اضطرابی و نگر قبل و بعد از مداخله توسط افراد سه گروه تکمیل شد. داده های به دست آمده در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ وارد شده و با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاکی از اثربخشی بیشتر درمانگری فراشناختی نسبت به درمانگری شناختی در کاهش فرآیند دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان بود، علاوه بر دو گروه فراشناختی و شناختی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در فرآیند نشان دادند. همچنین یافته ها نشان داد اثربخشی درمانگری شناختی نسبت به درمانگری فراشناختی در کاهش نگرانی اجتماعی بیشتر بود و در مورد کاهش نگرانی درباره سلامت نیز اثربخشی درمانگری فراشناختی بیش از درمانگری شناختی بود.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه اثربخشی درمانگری فراشناختی بیشتر از درمانگری شناختی در درمان فرآیند است، پیشنهاد می گردد درمانگران از این شیوه در درمان فرآیند بیشتر استفاده نمایند.

کلیدواژه ها: درمانگری فراشناختی، درمانگری شناختی، اضطراب امتحان، فرآیند

مقدمه

مختلف، ممکن است نگران شوند اما کنترل ناپذیری نگرانی از بارزترین شاخص‌های نگرانی پاتولوژیک است [۱۵].

ولز در مدل فراشناختی خود کوشیده است تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود بین نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب شناختی را تبیین کند. در مدل ولز، بر نقش فرآیند نگرانی در شکل‌گیری و پایداری اختلالات اضطرابی تاکید می‌شود [۱۶]. در دیدگاه فراشناختی، چنین فرض می‌شود که نگرانی از دانشی مجزا، شامل اعتقادهای مثبت و منفی در رابطه با تفکر نشات می‌گیرد. در این رویکرد، این الگوی شناخت است که در ایجاد و ابقای اختلالات مطرح می‌شود. این الگو که CAS (Cognitive Attentional Syndrome) نامیده می‌شود بر نگرانی نشخوار، تمرکز توجه بر منابع تهدید و استفاده از استراتژی‌های کنارآیی ناکارآمد متمرکز است [۱۷]. ولز در مدل فراشناختی خود بین دو نوع نگرانی تمیز قائل می‌شود. در نگرانی نوع ۱، نوعی نگرانی در مورد رخدادهای بیرونی و رخدادهای غیرشناختی درونی مانند نگرانی اجتماعی و نگرانی در مورد سلامتی وجود دارد، ولی در نگرانی نوع ۲، نگرانی در مورد نگرانی پدید می‌آید. طبق این مدل، افراد مبتلا به اختلال اضطرابی باورهای فراشناختی انعطاف‌پذیری درباره‌ی مفید بودن نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای دارند. در بیماران اضطرابی و یا کسانی که آمادگی ابتلا به این اختلال را دارند، پس از آغاز استفاده از نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، باورهای منفی در مورد نگرانی به عنوان پدیده‌ای غیر قابل کنترل و بالقوه خطرناک، فعال و منجر به ارزیابی‌های منفی در مورد فرایند نگرانی می‌شوند. چنین ارزیابی‌های منفی، منجر به پیدایش نوع دوم نگرانی (فرانگرانی) می‌شود [۱۸]. شواهد نشان می‌دهد هرگاه نگرانی به عنوان تفاوت‌های فردی در استراتژی‌های کنترل فکر مطرح شود به گونه‌ی کاملاً مشخصی با اختلالات آسیب شناختی همراه می‌شود [۱۹].

مدل شناخت درمانی بر این دیدگاه مبتنی است که حالت‌های استرس آفرین نظیر افسردگی، اضطراب و خشم اغلب به علت شیوه‌های تفکر سودمندانه، یا اغراق‌آمیز تداوم یافته یا تشدید می‌شوند. نقش درمانگر کمک به بیمار برای شناسایی سبک تفکر خاص خویش و تغییر آن با استفاده از شواهد و منطق است. به این ترتیب شناخت درمانی ادامه‌ی مسیر طولانی و معتبر الگوهای مبتنی بر استدلال نظیر گفتگو بر اساس منطق سقراطی و روش ارسطویی جمع‌آوری و طبقه‌بندی اطلاعات درباره‌ی دنیای واقعی است. مدل شناختی بر نقش محوری (۱) شناخت در هیجان، (۲) پردازش طرحواره‌ای به عنوان عامل تعیین کننده در پردازش اطلاعات، تاکید کرده و بازتاب انقلاب شناختی در حوزه‌ی روانشناسی در طول دهه ۱۹۷۰ است [۲۰]. درمانگران شناختی

اضطراب امتحان به اضطراب ناشی از نگرانی مربوط به پیامدهای منفی یا ضعیف در امتحان اطلاق می‌گردد [۱]. میزان کم تنیدگی طی امتحانات برای انجام مطالعه لازم و ضروری است، اما گاهی اضطراب دانش آموزان و دانشجویان به قدری زیاد می‌شود که فعالیت آن‌ها را محدود می‌نماید. [۲]. دانستن تجربیات هیجانی دانش‌آموزان در طول امتحان، به دلیل اثرات زیان بار در عملکرد و موفقیت‌های تحصیلی و به طور کلی بهزیستی روانشناختی، همواره از نگرانی‌های محققان و مشاوران بوده است [۳]. اضطراب امتحان یکی از هیجان‌های وابسته به موقعیت ارزیابی است [۴]. گرچه اضطراب امتحان امری تازه نیست، اما سابقه انجام پژوهش‌های تجربی و میدانی در این باره به چند دهه اخیر باز می‌گردد. مطالعات انجام شده میزان شیوع اضطراب امتحان را ۱۰ الی ۳۰ درصد و در ایران ۱۷٫۲ درصد گزارش کرده‌اند [۵]. برخی پژوهشگران معتقدند میزان همه‌گیری اضطراب امتحان در دختران بیش از پسران است [۶]. اسپیلبرگر دو مولفه نگرانی و هیجان‌پذیری را برای اضطراب امتحان مطرح می‌کند: مولفه نگرانی و فعالیت شناختی نامربوط به تکلیف است که شامل دلواپسی شناختی زیاد درباره عملکرد، پیامدهای شکست ناشی از امتحان، افکار مربوط به بد امتحان دادن، ارزیابی توانایی خود در مقایسه با دیگران و انتظارات منفی از عملکرد می‌شود. مولفه دیگر هیجان‌پذیری است که به واکنش‌های عصبی خودمختار و فیزیولوژیکی مانند تپش قلب، آشفتگی معده، سردرد و عصبانیت اشاره می‌کند [۷].

نظریه و تحقیق در مورد فراشناخت عمدتاً از طریق کار در روانشناسی رشد شناختی [۸]، نوروسایکولوژی، عملکرد حافظه و سالمندی [۹] توسعه یافته است. نظریه کارکرد انحصاری خودتنظیمی (Self-Regulatory Executive Function) [۱۰]، عوامل چندگانه فراشناختی را به عنوان مولفه‌های کنترل کننده پردازش اطلاعات که رشد و دوام اختلالات روانشناختی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، در نظرمی‌گیرد. این تئوری گسترش و درمان بیماری‌هایی نظیر اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته، هراس اجتماعی، وسواس‌های فکری، PTSD و افسردگی را تحت تاثیر قرار داده است [۱۱]، [۱۲]، [۱۳] و [۱۴].

امروزه نگرانی پاتولوژیک به عنوان خصیصه اصلی اختلالات اضطرابی (از جمله اضطراب امتحان) مطرح است به طوری که در بسیاری از مطالعات، نگرانی آسیب شناختی (پاتولوژیک) را معادل اختلالات اضطرابی قرار می‌دهند. اغلب مردم در موقعیت‌های

اضطراب امتحان انجام گیرد، از طرفی تاکنون مطالعات زیادی به بررسی اثربخشی درمانگری شناختی در کاهش اضطراب پرداخته‌اند، اما پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی‌بهردازد انجام نگرفته است، بنابراین لازم است پژوهشی با این هدف انجام گیرد.

روش

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس تهران بودند. حجم نمونه پژوهش ۱۵ نفر بود که به شیوه در دسترس از بین دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه تربیت مدرس انتخاب شدند و در سه گروه ۵ نفره درمانگری فراشناختی، شناخت درمانگری و کنترل به شیوه تصادفی گمارده شدند. برای انتخاب افراد نمونه پرسشنامه اضطراب امتحان اسپیلبرگر در بین دانشجویان توزیع شد و در نهایت افرادی که نمره اضطراب امتحان‌شان بالاتر از ۵۵ بود به منظور مصاحبه انتخاب و سپس کسانی که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند به منظور شرکت در جلسات درمانی انتخاب شدند. شیوه اجرا بدین ترتیب بود که هر سه گروه ابتدا توسط پرسشنامه‌های مورد نظر مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند و دو گروه آزمایشی تحت اجرای پروتکل درمانی فراشناختی *ولز* [۲۴] و شناختی بک [۲۵] به مدت ۸ جلسه به صورت هفتگی (هر جلسه ۱ ساعت) توسط یک محقق و تحت نظارت یک متخصص قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس بعد از پایان ۸ جلسه، سه گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه اضطراب امتحان اسپیلبرگر و افکار اضطرابی ولز استفاده شد. پرسشنامه اضطراب امتحان اسپیلبرگر ۲۰ ماده دارد که واکنش قبل، حین و بعد از امتحانات را توصیف می‌کند و دارای دو خرده‌آزمون "نگرانی" و "هیجان‌پذیری" است که تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها را در اضطراب امتحان نشان می‌دهد. این پرسشنامه خود گزارشی است و هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس چهار گزینه‌ای (هرگز؛ گاهی اوقات؛ اغلب و همیشه) به هر ماده پاسخ می‌دهد. این گزینه‌ها بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شوند که اخذ نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهنده اضطراب امتحان بالا است. بنابراین؛ حداقل و حداکثر نمره فرد در این آزمون به ترتیب نمره ۲۰ و ۸۰ است و نمرات بالای ۴۰ نشانه اضطراب امتحان است. در این آزمون سوالات فرد مربوط به مولفه نگرانی و سوالات زوج مولفه هیجان-پذیری را اندازه می‌گیرد.

بیماران را درگیر تفکر منطقی و علمی می‌کنند. به این ترتیب که از بیماران می‌خواهند تا پیش‌فرض‌هایی را که منجر به ایجاد حالت های اضطرابی در آن‌ها می‌شود بررسی کنند. علاوه بر این، درمانگران شناختی به بیماران کمک می‌کنند تا اعتبار جملات را با استفاده از روش جمع‌آوری شواهد مغایر با جملات، مورد واریسی قرار دهند. درمانگران شناختی همچنین معنای مفاهیم یا حتی بی‌معنا بودن مفاهیم مهم و برجسته‌ای که افراد مضطرب خود را به خاطر آن سرزنش می‌کنند، را مورد واریسی و آزمون قرار می‌دهند [۲۱].

درمان شناختی، به عنوان درمانی برای اضطراب امتحان بر جنبه‌های نگرانی (شناختی) تمرکز دارد. این روش درمانگری، دانش-آموزان را از افکار به وجود آورنده اضطراب امتحان خویش آگاه می‌سازد و به آن‌ها آموزش می‌دهد که به بیان و ابراز وجود بپردازند و پاسخ‌های شناختی ناسازگار خود را بیرون بریزند و سرانجام به آنها می‌آموزد که به طور نسبی روش‌های تفسیر کردن و برجسب زدن برانگیختگی‌های هیجانی را که در موقعیت امتحان به طور مستمر فراخوانده می‌شوند، بکار بگیرند [۲۲].

اضطراب امتحان با نگرانی درباره پیامدهای منفی یا شکست احتمالی از امتحان یا موقعیت‌های ارزیابی‌کننده مشابه همراه است [۲۳]. نگرانی شامل فاجعه‌سازی است و کنترل ذهنی آن دشوار است. فرایند نگرانی، نوعی ساز و کار مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود، ولی خود همین فرایند می‌تواند کانون نگرانی شود [۲۴]. این نوع نگرانی درباره نگرانی که فرانگرانی خوانده می‌شود و در اضطراب امتحان نیز وجود دارد، مفهوم کلیدی رویکرد فراشناختی است. مدل فراشناختی اختلال روانشناختی، نگرانی را مولفه اصلی سندرم شناختی-توجهی (CAS) در نظر می‌گیرد که تصور می‌شود در همه انواع آسیب‌شناسی روانی دخیل است. در سال‌های اخیر اشکال جدیدی از درمان شناختی-رفتاری گسترش پیدا کرده است که مبتنی بر اصول ذهن آگاهی درمان شناختی [۲۵] و درمان فراشناختی است [۲۴].

با توجه به شیوع اضطراب امتحان، همه‌گیرشناسی متفاوت آن در دو جنس و ویژگی‌های خاص آن و این نکته که تاکنون درمان مشخصی برای اضطراب امتحان وجود ندارد و درمانگری‌هایی که در مطالعات مختلف بررسی شده‌اند اثرات مختلفی نسبت به هم نشان داده‌اند، و از آنجایی که درمانگری فراشناختی دارای فوونی مرتبط با ویژگی‌های خاص این اختلال است و با در نظر گرفتن این موضوع که اثربخشی درمان فراشناختی در رابطه با بسیاری از اختلالات اضطرابی اثبات شده است، به نظر می‌رسد لازم است پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمانگری فراشناختی در کاهش

جدول ۱. محتوای جلسات درمانگری فراشناختی (ولز، ۲۰۰۹)

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی
۱	مفهومی سازی موردی	انتظاراتی که از درمان دارد، موضوعی که تمایل دارد در موردش صحبت کند را بیان کند.
۲	آماده سازی بیمار برای شروع درمان	در میان گذاشتن مفهوم سازی با آزمودنی ها، طرح سوال های فرضی
۳	القای سبک فراشناختی (پل زدن از مرحله آماده سازی به تغییر فراشناختی)	نشان دادن ناهماهنگی (راهبرد ذهنیت دوگانه)، بررسی اثرات رفتارها، آزمایش فرونشانی
۴	چالش با باورهای فراشناختی درباره کنترل ناپذیری	ذهن آگاهی گسیلده، آزمایش به تعویق انداختن نگرانی، استعاره کودک نافرمان
۵	چالش با باورهای فراشناختی درباره خطر نگرانی	تشدید ناهمخوانی، بررسی شواهد، آزمایش های رفتاری، نظرسنجی کوچک، آزمایش دیوانه شدن، آسیب زدن به بدن با نگرانی، ارزیابی اثرات نگرانی بر بدن
۶	چالش با باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی	اسناد مجدد کلامی، راهبرد عدم تناسب نگرانی، آزمایش تعدیل نگرانی
۷	چالش با باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی	آزمایش تعدیل نگرانی و تقویت برنامه های جدید برای پردازش نگرانی
۸	پیشگیری از عود	بررسی نمرات باقی مانده فرد در متغیرهای فراشناختی که فرض می شود زمینه آسیب پذیری مدام هستند.

این پرسشنامه توسط /بولقاسمی [۵] به فارسی ترجمه و اعتباریابی شده است. ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه های دختر و پسر بالای ۰/۹۲ و ضرایب اعتبار بازآزمایی بعد از سه هفته و یک ماه ۰/۸۰ گزارش شده است. این پرسشنامه با مقیاس اضطراب امتحان /سارسون [۲۶] در پسران و دختران به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ همبستگی دارد، بنابراین اعتبار و روایی آن مناسب است. آزمودنی هایی که بر اساس سیاهه اضطراب اسپیلبرگر (TAI) مبتلا به اضطراب امتحان تشخیص داده شدند جهت اطمینان، مورد مصاحبه بالینی سازمان یافته اسپیلبرگر قرار گرفتند. این مصاحبه شامل ۹ ماده در خصوص نوع مشکل، سیر اضطراب امتحان، شدت اضطراب امتحان و نشانه های مختلف (فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری) قبل، و در حین امتحان و تمایل به درمان است. پژوهش ها در خصوص اعتبار و روایی این مصاحبه رضایت بخش بوده است. اعتبار ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ و روایی ملاکی با آزمون اضطراب امتحان اسپیلبرگر ۰/۸۱ و با پرسشنامه اضطراب امتحان اهواز ۰/۸۶ اعلام شده است [۵].

پرسشنامه ی افکار اضطرابی ولز (ANTI) به عنوان مقیاس چند بعدی نگرانی به منظور بررسی حیطه های محتوایی اساسی و ایجاد تمایز بین نگرانی و ارزیابی منفی نگرانی، طراحی شده است. نگرانی درباره ی رویدادهای غیرشناختی (مانند روابط، علایم جسمی) نگرانی نوع ۱ خوانده می شود. در مقابل، نگرانی درباره ی افکار و نگرانی درباره ی نگرانی، فرآیند نگرانی یا نگرانی نوع ۲ خوانده می شود [۱۶]، این مقیاس توسط ولز (۱۹۹۴) ساخته شده و ۲۲

آیتم دارد که هر سوال با یک مقیاس چهار درجه ای "تقریباً هرگز"، "گاهی اوقات"، "اغلب اوقات" و "تقریباً همیشه" پاسخ داده می شود. این آیتم به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ نمره گذاری می شود. افکار اضطرابی شامل سه خرده مقیاس، مقیاس نگرانی اجتماعی (آیتم های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۰، ۱۵، ۱۹) و فرآیند نگرانی (آیتم های ۳، ۴، ۵، ۶، ۱۱، ۱۳، ۲۱، ۲۲) است. آیتم های پرسشنامه افکار اضطرابی از مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال پانیک و اختلال اضطراب فراگیر به دست آمده است. این پرسشنامه با ابعاد پردازش تفکر ارتباط دارد. این پرسشنامه را ۲۰ نفر از روانشناسان بالینی و روانپزشکان مورد بررسی قرار داده و روایی محتوایی آن را تایید نمودند. روایی آن با اجرا بر روی ۶۰ نفر دانش آموز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن برای اضطراب اجتماعی ۰/۶۷، اضطراب جسمانی ۰/۶۷ و اضطراب فرآیند نگرانی ۰/۶۸ به دست آمد. ولز ضرایب آلفای کرونباخ نگرانی اجتماعی را ۰/۸۴، نگرانی بهداشتی ۰/۸۱ و فرآیند نگرانی را ۰/۷۵ گزارش کرده است [۹].

داده های حاصل از پرسشنامه افکار اضطرابی ولز قبل و بعد از مداخلات با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کواریانس (ANCOVA) و آزمون تعقیبی LSD مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور مشخص شدن نمرات آزمودنی ها در سه گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای پژوهش در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲. محتوای جلسات درمانگری شناختی (یک، ۱۹۷۶)

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی
۱	مفهومی‌ سازی موضوع	تدوین برنامه‌ های درمان و توضیح این که چگونه افکار، احساس‌ ها را به وجود می‌ آورند.
۲	شناسایی افکار خودآیند منفی	فن تشخیص تفاوت افکار و واقعیت، فن درجه‌ بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر
۳	شناخت و طبقه‌ بندی انواع تحریف‌ در تفکر	استنباط دلخواهی یا اختیاری، تعمیم افراطی، انتزاع انتخابی، بزرگ‌ نمایی، کوچک‌ نمایی، فاجعه‌ آفرینی یا منفی‌ بافی، کمال‌ گرایی با استفاده از بایدها و نبایدها، دلواپسی اضطراب، ناامیدی و نامگذاری غلط، شخصی‌ سازی، تفکر همه یا هیچ، فن پیکان رو به پایین و ارزیابی احتمالات به صورت پیاپی
۴	چالش با افکار	روی تحریف‌ های فکری مراجع کار می‌ شود تا آزمودنی به خوبی نحوه از نحوه ایجاد تحریف‌ های خودآیند آگاه شود (تکالیف خانگی و برگه‌ های تکمیل شده بسیار می‌ توانند در این فرایند کارساز باشند).
۵	چالش با افکار و ارزیابی قواعد و فرض‌ ها	آموزش فزونی مانند فن و کیل مدافع، فن جدا کردن رفتار از اشخاص. بررسی تغییرات رفتار در موقعیت‌ های مختلف، فن شناسایی قواعد یا فرض‌ های نهفته
۶	ادامه شناسایی و ارزیابی قواعد و فرض‌ ها	فن تشخیص قواعد شرطی، آموزش فنون تغییر شناختی
۷	ادامه شناسایی قواعد و فرض‌ ها	فن تمایز قائل شدن بین پیشرفت تحصیلی و کمال‌ گرایی، فن پرورش ذهن کنجکاو و چالش‌ گر به جای کمال‌ گرایی
۸	جمع‌ بندی و ارزیابی	رور خلاصه مطالب، نحوه انجام تکالیف خانگی، ارزیابی دوم

جدول ۳. شاخص‌ های توصیفی مربوط به سن افراد نمونه بر حسب گروه درمانی

گروه‌ ها	میانگین	انحراف استاندارد
درمانگری فراشناختی	۲۳/۶	۰/۸۹
درمانگری شناختی	۲۴/۲	۰/۸۳
کنترل	۲۴/۲	۰/۸۳

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ های فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی درباره سلامت در دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان در پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ ها	فرانگرانی		نگرانی اجتماعی		نگرانی درباره سلامت	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمانگری فراشناختی	۱۲/۹	۳/۷	۱۹	۲/۹	۱۰/۲	۰/۸۳
پس آزمون	۹/۱	۱/۸	۱۹/۴	۳/۰۴	۱۲/۸	۲/۲
درمانگری شناختی	۱۳/۴	۳/۳۸	۱۷	۴/۱	۹	۲/۱
پس آزمون	۱۱/۲	۲/۳	۸	۲	۴/۸	۱/۴
گروه کنترل	۱۲/۸	۳/۷	۱۹/۴	۳/۰۴	۱۲/۸	۲/۲
پس آزمون	۱۱/۱	۲/۳	۱۸/۲	۱/۹۲	۱۲/۲	۱/۰۹

P ≤ 0/05

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس فرانگرانی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۰/۳۳۹	۱	۰/۳۳۹	۰/۰۵۶	۰/۸۱۸
گروه‌ ها	۶۷/۸۴۴	۲	۳۳/۹۲۲	۵/۸۵۱	۰/۰۲۱
خطا	۶۶/۸۶	۱۱	۶/۰۷		
کل	۱۲۶۶	۱۵			

P ≤ 0/05

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس نگرانی درباره سلامت

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۱/۴	۱	۱/۰۴	۰/۳۴۵	۰/۵۶۹
گروه‌ها	۱۶۳/۲۷	۲	۸۱/۶۳	۲۶/۹۲	۰/۰۰۰۱
خطا	۳۳/۳۵	۱۱	۳/۰۳		
کل	۱۷۱۳	۱۵			

P≤0/05

پیش آزمون مشاهده نمی‌شود و سه گروه تفاوتی در متغیر نگرانی درباره سلامت ندارند (F=۰/۳۴۵). در ادامه همان طور که جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین میانگین سه گروه در مرحله پس آزمون در نمره نگرانی درباره سلامت با حذف اثر پیش آزمون مشاهده می‌شود (P=۰/۰۰۰۱)، به عبارتی دیگر بین سه گروه درمانگری فراشناختی، شناخت درمانگری و کنترل تفاوت وجود دارد.

بر اساس جدول ۷ نتایج تحلیل کواریانس نگرانی اجتماعی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های سه گروه در مرحله پیش آزمون مشاهده نمی‌شود و سه گروه تفاوتی در متغیر نگرانی اجتماعی ندارند (F=۰/۱۰۲). همان طور که جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین میانگین سه گروه در مرحله پس آزمون در نمره نگرانی اجتماعی با حذف اثر پیش آزمون مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر بین سه گروه درمانگری فراشناختی، شناخت درمانگری و کنترل تفاوت وجود دارد. در ادامه از آزمون تعقیبی LSD برای مشخص شدن تفاوت‌های درون گروهی در کاهش فرآیند نگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی درباره سلامت استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۸ خلاصه شده است.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها از نظر دامنه سنی و میزان تحصیلات (مقطع کارشناسی ارشد) یکسان بودند. جدول ۳ میانگین سنی آزمودنی‌های هر سه گروه را نشان می‌دهد.

به منظور مشخص شدن نمرات آزمودنی‌ها در سه گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، میانگین و انحراف استاندارد هریک از متغیرهای پژوهش در جدول ۴ نشان داده شده است.

با توجه به جدول ۵، نتایج تحلیل کواریانس فرآیند نگرانی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های سه گروه در مرحله پیش آزمون مشاهده نمی‌شود و سه گروه تفاوتی در متغیر فرآیند نگرانی ندارند (F=۰/۰۵۶). در ادامه همان طور که جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین میانگین سه گروه در مرحله پس آزمون در نمره فرآیند نگرانی با حذف اثر پیش آزمون مشاهده می‌شود. به عبارتی دیگر بین سه گروه درمانگری فراشناختی، شناخت درمانگری و کنترل تفاوت وجود دارد و این بدین معنی است که بسته‌های درمانی تاثیر معناداری بر متغیر وابسته داشته‌اند. با توجه به جدول ۶، نتایج تحلیل کواریانس نگرانی درباره سلامت نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های سه گروه در مرحله

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس نگرانی اجتماعی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۰/۶۲۶	۱	۰/۶	۰/۱۰۲	۰/۷۵۵
گروه‌ها	۳۶۳/۱	۲	۱۸۱/۵	۲۹/۶	۰/۰۰۰۱
خطا	۶۷/۳۷	۱۱	۶/۱		
کل	۳۹۲۶	۱۵			

P≤0/05

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی LSD برای فرآیند نگرانی، نگرانی اجتماعی، نگرانی درباره سلامت

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
فرآیند نگرانی	فراشناختی	۵/۱	۰/۰۰۹
	شناختی	۴/۳۱۸	۰/۰۲۳
	فراشناختی	۹/۸۱۴	۰/۰۰۰۱
نگرانی اجتماعی	فراشناختی	-۱۱/۴	۰/۰۰۰۱
	شناختی	-۱۰/۲	۰/۰۰۰۱
	فراشناختی	۱/۲	۰/۴۴۱
نگرانی درباره سلامت	فراشناختی	۸	۰/۰۰۰۱
	شناختی	-۷/۴	۰/۰۰۰۱
	فراشناختی	۰/۶	۰/۵۸۶

P≤0/05

در تبیین اثربخشی درمانگری فراشناختی در کاهش فرانگرانی نسبت به درمان شناختی می‌توان گفت در اختلالات اضطرابی پیامدهای رفتاری ماحصل استفاده از نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، ارزیابی منفی از نگرانی، و تلاش برای کنترل نگرانی است، در حالی که این عوامل از ترکیب فراپاورهای ناکارآمد حاصل می‌شوند و نگرانی درباره نگرانی (فرانگرانی)، مفهوم کلیدی رویکرد فراشناختی به درمان اختلال اضطرابی محسوب می‌شود در درمانگری فراشناختی با متوقف شدن فعالیت سندرم توجهی-شناختی مانع تشدید شدن افکار و هیجانات منفی می‌گردد [۱۶]، اما درمان شناختی بیشتر بر محتوای افکار متمرکز شده‌اند و نگرانی که به عنوان هسته مرکزی اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود را هدف مستقیم قرار نمی‌دهد، لذا درمان فراشناختی به طور موثرتری بر کاهش فرانگرانی که در اضطراب امتحان به طور مرضی افزایش یافته است، تاثیر می‌گذارد.

همچنین گروه شناختی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در فرانگرانی نشان داده‌اند، و این یافته حاکی از اثربخشی درمان شناختی در کاهش فرانگرانی بوده است. این یافته با مطالعات *نوردال* [۲۷] و *ولز و کارتر* [۲۹]، *ولز و پاپاجورجیو* [۳۰] هماهنگ است.

واین [۳۱] اضطراب امتحان را به عنوان یک سازه شناختی-توجهی توصیف کرده و معتقد است که مولفه مشترک مقیاس‌های کلی اضطراب امتحان، اضطراب از ارزیابی است، افراد دارای اضطراب امتحان بالا تمایل دارند که به نشانه‌های ارزیابی از طریق پرآزموی نامعقول و شناخت‌های بازدارنده واکنش نشان دهند. با توجه به ماهیتی که درمان شناختی دارد، از طریق تاثیراتی که بر نوع ارزیابی‌های فرد دارد، منجر به تعدیل فرض‌های ناکارآمدی که در اضطراب امتحان وجود دارد و به صورت نگرانی از قرار گرفتن در موقعیت ارزشیابی ظاهر شده‌اند، می‌گذارد و اثربخشی خود را در قالب کاهش فرانگرانی نشان می‌دهد. باید توجه داشت که نظریه کارکرد اجرایی خود نظم‌جو نیز در درمان شناختی قابل تبیین است، و براساس این نظریه، درمان شناختی نیز می‌تواند تاثیر قابل ملاحظه‌ای برای نگرانی و فرانگرانی که در اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب امتحان به گونه‌ای آسیب شناختی تشدید یافته است بگذارد.

نتیجه‌گیری

در یک جمع بندی می‌توان گفت اضطراب با افکار نگران کننده همراه است و به طور خاص وقتی این اضطراب ناشی از قرار گرفتن در یک موقعیت ارزیابی باشد به صورت سیکل معیوب تشدید می‌یابد و به شکل خاص فرانگرانی ظاهر می‌گردد، از این رو درمانگری شناختی و درمانگری‌های برگرفته از درمان شناختی نظیر

همان طور که جدول ۸ نشان می‌دهد دو گروه درمانگری فراشناختی و شناختی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند، بدین ترتیب نتایج نشان می‌دهد اثربخشی درمانگری فراشناختی در کاهش فرانگرانی دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان بیش از درمانگری شناختی بوده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی که در جدول ۸ ارائه شده است حاکی از آن است که هر دو گروه فراشناختی و شناختی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در نمرات فرانگرانی نشان داده‌اند، و این بدین معنا است که مداخلات درمانی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل که هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرده‌اند در کاهش فرانگرانی اثربخشی بیشتری داشته‌اند. در مورد سایر متغیرهای افکار اضطرابی، نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داده است که درمانگری شناختی در کاهش نگرانی اجتماعی اثربخشی بیشتری داشته است، در حالی گروه کنترل نسبت به گروه شناختی کاهش بیشتری در نمرات نگرانی اجتماعی نشان داده‌اند. همچنین درمانگری فراشناختی نسبت به درمانگری شناختی، تاثیر بیشتری در کاهش نگرانی درباره سلامت نشان داده است، و کاهش نمرات نگرانی درباره سلامت در گروه کنترل بیش از گروه شناختی بوده است. همان طور که جدول ۵ نشان می‌دهد درمانگری شناختی و گروه کنترل تفاوت معناداری در کاهش نگرانی اجتماعی و نگرانی درباره سلامت نشان نداده‌اند.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمانگری فراشناختی با شناخت درمانگری در کاهش فرانگرانی دانشجویان انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که سه گروه تفاوت معناداری در کاهش فرانگرانی داشته‌اند. به طوری که نتایج آزمون تعقیبی حاکی از آن بوده است که گروه فراشناختی نسبت به شناختی اثربخشی بیشتری در کاهش فرانگرانی دارد، همچنین نتایج نشان داد درمان فراشناختی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در نمرات فرانگرانی داشته است، این یافته همسو با *نوردال* [۲۷] است. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که *دفن باخر* [۲۸] معتقد است، اضطراب امتحان شامل مولفه‌های شناختی و هیجانی است. مولفه شناختی مسئول کاهش عملکرد و اشتغالات فکری فرد و مولفه هیجانی جز عاطفی یا هیجان‌پذیر می‌باشد. بر اساس مدل شناختی-توجهی افراد دارای اضطراب امتحان، توجه خود را به فعالیت‌های نامربوط به تکلیف، اشتغال‌های فکری همراه با نگرانی، انتقاد از خود و نگرانی‌های جسمانی معطوف می‌کنند و در نتیجه توجه کمتری بر کوشش‌های تکلیف محوری دارند که این امر موجب کاهش عملکرد آن‌ها می‌شود.

تشکر و قدردانی: بدین ترتیب از کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه که با محقق همکاری‌های لازم را مبذول داشتند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1. Zeidner M, Matthews G. Handbook of competence and motivation (Electronic Resource): Guilford Press; 2005.
2. Eizadi Fard R, Sepasi Ashtiani M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training on reduction of test anxiety symptoms. *J Beh Sci*; 4(1):23-7.
3. Bonaccio S, Reeve CL. The nature and relative importance of students' perceptions of the sources of test anxiety. *Learn Indiv Diff*. 2010; 20(6): 617-25.
4. Putwain DW, Daniels RA. Is the relationship between competence beliefs and test anxiety influenced by goal orientation? *Learn Indiv Diff*. 2010; 20(1):8-13.
5. Abolghasemi A. An epidemiological study of test anxiety and efficacy of two therapy in reducing high school students' test anxiety [Disserataion]. Ahvaz: Ahvaz University; 2002.
6. Khosravi M, Bigdeli I. The relationship between personality characteristics and test anxiety in students. *J Behav Sci*. 2008; 2(1):13-24.
7. Abolghasemi A, Golpoor R, Narimani M, Qamari H. The relationship between cognitive beliefs interfere with academic achievement of students with test anxiety. *Stud Educ Psychol*. 2009; 10(3):5-20.
8. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring. *Am Psychol*. 1979; 34(10):906-11.
9. Metcalfe J. Novelty monitoring, metacognition, and control in a composite holographic associative recall model: Implications for Korsakoff amnesia. *Psychol Rev*. 1993;100:3-22.
10. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.
11. Wells A. Modifying beliefs. Emotional disorders and metacognition: John Wiley & Sons Ltd; 2008.
12. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatr*. 2004; 35(4):307-18.
13. Abolghasemi A, Hassan-Ali Zadeh M, Kazemi R, Narimani M. The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of disease with obsessive-compulsive disorder. *J Behav Sci*. 2011; 4(4):305-12. [Persian]
14. Brown T. The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: Current evidence and conceptual models. *Can J Psychiatr*. 1997; 42(8):817-25. PubMed PMID: 9356769.
15. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy: Wiley; 2002.
16. Wells A. The Metacognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res*. 2005; 29(1):107-21.
17. Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsy SA, Tolin DF. Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behav Res Ther*. 2003; 41(5):529-40. PubMed PMID: 12711262.
18. Leahy RL. Cognitive therapy: Basic principles and applications: Janson Aronson; 1996.
19. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide: Guilford Publication; 2003.
20. Meichenbaum DH. Cognitive modification of test anxious college students. *J Couns Clin Psychol*. 1972; 39(3):370-80. PubMed PMID: 4649431.
21. Ergene T. Effective interventions on test anxiety reduction: A meta-analysis. *School Psychol Int*. 2003; 24(3):313-28.
22. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother*. 1995; 23(3):301-20.
23. Segal ZV, Carlson J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: American Psychological Association; 2005.
24. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cogn Ther Res*. 2009; 33(3):291-300.
25. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders: International Universities Press; 1976.
26. Sarason IG. Test anxiety: Theory, research, and applications: L. Erlbaum Associates; 1980.
27. Nordahl HM. Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *Int J CognTher*. 2009; 2(2):152-59.
28. Deffenbacher JL. Worry and emotionality in test anxiety. *Test anxiety: Theo Res Applications*. 1980: 111-28.
29. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behav Ther*. 2002;32(1):85-102.
30. Wells A, Papageorgiou C. Metacognitive therapy for depressive rumination. *Depressive rumination*. Wiley & Sons Ltd; 2004.
31. Wine J. Cognitive-attentional theory of test anxiety. In I.G. Sarason (Ed.), *Test anxiety: Theory, research and applications* (pp. 349-385). Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1980.