

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر درمان فراشناختی در کاهش اضطراب امتحان و تغییر باورهای فراشناختی دانش آموزان سال سوم و چهارم متوسطه

مریم عظیمی^{۱*}، محمد شاکری^۲، ربابه نوری^۳، محمد حاتمی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، مدرس دانشگاه فرهنگیان امیر کبیر، کرج، ایران

^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

^۳ استادیار روانشناسی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

^۴ دانشیار روانشناسی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

* نویسنده مسئول: کرج، دانشگاه فرهنگیان امیر کبیر

پست الکترونیک: azimi7882@yahoo.com

وصول: ۹۲/۱۲/۲۷ اصلاح: ۹۳/۲/۸ پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب امتحان از مشکلات رایج دانش آموزان است که کارآیی شان را می‌کاهد و به خاطر سپاری مطالب را دچار مشکل نماید و نهایتاً عملکرد فرد را هنگام امتحان مختل کند. هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر درمان فراشناختی در کاهش اضطراب امتحان و تغییر باورهای فراشناختی دانش آموزان سال سوم و چهارم متوسطه می‌باشد.

مواد و روش کار: این پژوهشی تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایشی و کنترل است. بدین منظور دانش آموزانی که جهت مشاوره به مرکز مشاوره رازی استان البرز مراجعه و از طریق آزمون اضطراب امتحان ساراسون افرادی که اضطراب امتحان بالا (نمرات بالاتر از ۱۲) داشتند به عنوان نمونه‌ی تحقیق به تعداد ۳۲ نفر انتخاب شدند و بوسیله گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایشی درمان فراشناختی (ولز ۱۹۹۵-۱۹۹۷) در قالب ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انجام شد. برای سنجش باورهای فراشناختی از فرم کوتاه پرسشنامه‌ی فراشناخت (MCQ30) ولز و برای سنجش اضطراب امتحان از پرسشنامه‌ی اضطراب امتحان ساراسون استفاده شد. در نهایت داده‌ها بوسیله نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ تحت آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، اضطراب امتحان در گروه آزمایشی بعد از درمان فراشناختی بطور معنی‌داری ($P < 0/05$) کاهش داشته‌است. همچنین باورهای فراشناختی در گروه آزمایشی بعد از درمان فراشناختی بطور معنی‌داری ($P < 0/05$) کاهش داشته‌است. بعد از ۶ ماه پیگیری صورت گرفت که نتایج آن تفاوت معنی‌داری نسبت به پس‌آزمون نشان نداد. بنابراین درمان فراشناختی اثرات پایایی بر کاهش اضطراب امتحان و تغییر باورهای فراشناختی دارد.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی به بهبود باورهای فراشناختی دانش آموزان منجر شد، همچنین این درمان باعث کاهش اضطراب امتحان نیز گردید.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، اضطراب امتحان، باورهای فراشناختی

مقدمه

می‌گردد. همچنین در طبقه‌بندی DSM IV و سایر طبقه‌بندی‌های انجمن روانپزشکی آمریکا بطور مشخص به اضطراب آموزشی اشاره نشده است، لیکن به پدیده اضطراب در سطح وسیعی توجه شده‌است که می‌توان از آنها اضطراب امتحان را استنباط کرد [۱]. بدون تردید ترس از امتحان بین دانش آموزان و دانشجویان تقریباً

در جریان رشد، کودکان و نوجوانان انواع مختلفی از اضطرابها به ویژه اضطراب آموزشی را تجربه می‌کنند. گرچه اضطراب ویژگی اصلی هر کدام از اختلالهای اضطرابی است که در DSM IV آمده است، اما عوامل زمینه‌ای یا موقعیتی ویژه‌ای وجود دارد که سبب تمایز بین آنها

همه‌گیر و رایج است و می‌توان گفت مهمترین علت این موضوع، نتیجه‌ای است که از امتحان بدست می‌آید. شخصی که دچار اضطراب امتحان است به صورتی مبهم احساس نگرانی و ناآرامی می‌کند، خواب آشفته و خستگی مفرط دارد. چنین فردی دائماً نگران مشکلات احتمالی است که همین امر منجر به کاهش تمرکز فکری در او می‌گردد. مثلاً در مورد دانش‌آموزی که حین پاسخگویی به پرسشهای امتحانی، اضطراب بالا دارد این نگرانی موجب می‌گردد که او قادر به تمرکز روی پرسش و پاسخ نداشته باشد و درباره‌ی توانایی خود در پاسخ به سوال مورد نظر شک کند و در همین حال یکسری واکنشهای فیزیولوژیک نامناسب (مانند افزایش ضربان قلب، خشکی دهان، افزایش تعرق و غیره) که ناشی از اضطراب است را تجربه کند و همه‌ی عوامل یاد شده مانعی در برابر پردازش صحیح اطلاعات یاد گرفته شده و یادآوری آنچه آموخته است می‌گردد [۲]. کیوی ماکی به نقل از ساراسون اضطراب امتحان را نوعی خود اشتغالی ذهنی می‌داند که با خود کم‌انگاری و تردید درمورد تواناییهای خود مشخص می‌شود و غالباً به ارزیابی شناختی منفی، عدم تمرکز حواس و افت عملکرد تحصیلی فرد منجر می‌گردد. در نتیجه انتظار می‌رود که یک رابطه‌ی معکوس معنی‌داری بین نمرات اضطرابی و نمرات امتحانی وجود داشته باشد. پاره‌ای بر این باورند که آنچه موجب تحلیل کارآمدی می‌گردد این است که افراد مضطرب به جای این که توجه خود را بر محتوی آزمون متمرکز کنند آنرا بر خود و نگرانی‌هایشان معطوف می‌نمایند و همین امر موجب می‌شود که نتوانند نتایج متناسب با توانایی‌هایشان را ارائه دهند [۳].

بیر^۱ (۲۰۰۳) عقیده دارد تنها توجه بیمار گونه است که اساس نشانه‌های اضطراب از جمله اضطراب امتحان است و افزایش کنترل توجه بایستی در کاهش اضطراب موثر باشد. تکنیک‌های آموزش ذهن آگاهی اساساً تکنیک‌های افزایش توجه هستند که در درمان بیماران مبتلا به اضطراب امتحان موثر واقع می‌شوند [۴]. دودین^۲ (۲۰۰۸) عنوان کرد برای کاهش اضطراب امتحان استفاده‌ی صرف از روش شناخت درمانی کافی نیست بلکه روشهای مطالعه نیز به

منظور رشد عملکرد تحصیلی و کاهش اضطراب امتحان ضروری است [۵]. دیگر پژوهشگران بر نقش شناخت در اضطراب امتحان نیز تاکید کرده‌اند. طی تحقیقات متعدد مشخص شده که باورهای فراشناختی، فاکتور مهمی در بروز اضطراب در اکثر اختلالات رفتاری می‌باشد. دیویس و لیسکر^۳ (۲۰۰۵) اثر بخشی تکنیکهای شناختی-رفتاری را در اصلاح باورهای فراشناختی و بهبود مهارتهای فراشناختی افراد مبتلا به اضطراب امتحان موثر می‌دانند [۶]. فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است و به دانش و باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد [۷]. این مفهوم در برگیرنده‌ی دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آنرا کنترل می‌کند [۸]. مدل فراشناختی ولز نگرانی را ناشی از باورهای کلی منفی افراد درباره‌ی خویشتن و جهان بیرون نمی‌داند. (برای مثال من بی‌ارزش هستم، جهان بیرونی خطرناک است) بلکه آنرا مبتنی بر یکسری دانشهای بنیادین تلقی می‌کند. این دانشهای بنیادین، همان باورهای فراشناختی افراد درباره‌ی سیستم شناختی و نحوه‌ی کنترل آن است. این دانش فراشناختی شامل باورهای مثبت و منفی درباره‌ی فکر کردن است (برای مثال، بعضی از افکار خطرناک هستند، اختصاص دادن توجه به عوامل تهدید کننده، من را از خطر نجات می‌دهد. نگرانی به من کمک می‌کند که با مشکلات مقابله کنم). در این مدل، الگوی ناسازگار تفکر مثل نگرانی و تخصیص توجه به عوامل تهدید کننده ناشی از فعال شدن باورهای فراشناختی است [۹]. اسپادا^۴ و همکاران (۲۰۰۸) طی تحقیقی به این نتیجه رسیدند، باورهای فراشناختی میانجی بین استرس و هیجانات منفی است. آنها دریافتند بهترین پیش‌بینی وضعیت سلامت روان با عامل کنترل ناپذیری و خطر است. بنابراین فراشناخت با استرس و هیجانات منفی در ارتباط بود [۱۰]. بر این اساس، باورهای فراشناختی در اضطراب نقش مهم و با اهمیتی دارند، این باورها علتی برای تحول و تداوم این مشکلات می‌باشد (لوبان^۵ و همکاران ۲۰۰۲)

3-Davis, W & Lysaker

4-Spada

5-Lobban,

1- Bear

2- Dodeen,

بالایی در آزمون اضطراب امتحان به دست آورده بودند، در گروه آزمایشی و نیمی دیگر در گروه کنترل جایگزین شدند، گروه آزمایشی در معرض متغیر مستقل (درمان فراشناختی) قرار گرفت. گروه دوم گروه کنترل بود که درمان فراشناختی را دریافت نکردند. دومین اندازه‌گیری متغیر وابسته برای هر دو گروه در یک زمان و بعد از آخرین جلسه‌ی درمان فراشناختی صورت گرفت. سومین سنجش ۶ ماه بعد از اندازه‌گیری دوم انجام شد.

به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی فراشناخت-۳۰ استفاده شد. این پرسشنامه (۱۹۹۷) اولین بار توسط ولز کارترایت-هالتون با ۶۵ ماده و ۵ خرده مقیاس طراحی گردید. ولز و همکاران در سال ۲۰۰۴ به خاطر طولانی بودن پرسشنامه اقدام به تهیه‌ی فرم کوتاه پرسشنامه کردند که دارای ۳۰ ماده و همانند فرم اصلی شامل ۵ عامل می‌باشد که به قرار ذیل است. باورهای فراشناختی مثبت در رابطه با نگرانی، باورهای مهار ناپذیری خطر، اطمینان کم به حافظه، نیاز به مهار افکار و خودآگاهی شناختی. شیرین زاده‌ی دستگیری و همکاران در سال ۱۳۸۷ ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ محاسبه کرده‌اند [۱۴]. زرین کلاه در سال ۱۳۸۸ ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۴ بدست آورد.

پرسشنامه دیگری که مورد استفاده قرار گرفت پرسشنامه اضطراب امتحان ساراسون بود. این مقیاس بر اساس نظریه‌ی ساراسون در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است و به دو صورت فردی و گروهی قابل اجراست. نحوه‌ی نمره‌گذاری آن، نمره‌ی ۱ به گزینه‌ی درست و نمره‌ی صفر به گزینه‌ی غلط تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب دامنه‌ی نمرات آزمودنی‌ها در این مقیاس از صفر تا ۲۵ می‌باشد. طبقه‌بندی میزان اضطراب بر حسب نمرات بدست آمده از مقیاس (ضعیف، نمرات پایین‌تر از ۸، متوسط، نمرات پایین‌تر از ۱۲ و شدید نمرات بالاتر از ۱۲) می‌باشد. ضریب پایایی همسانی درونی این مقیاس از روش دو نیمه‌سازی ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن بعد از ۶ ماه ۰/۸۲ گزارش شده است. برای برآورد پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آن، ۰/۸۵ بدست آمد. روایی صوری و محتوا توسط نجاریان ۱۳۸۸ مورد تایید است.

[۱۱]. ویلیامز^۱ و همکاران (۲۰۰۲) نیز بین باورهای فراشناختی و موفقیت تحصیلی رابطه معناداری بدست آوردند [۱۲]. ولی‌زاده و همکاران (۲۰۱۳) نیز با استفاده از اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر روی باورهای فراشناختی و اضطراب دانش‌آموزان بررسی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که تفاوت قابل توجهی در کاهش باورهای فراشناختی و اضطراب دانش‌آموزان گروه آزمایشی نسبت به کنترل ایجاد شد [۱۳].

بسیاری از دانش‌آموزان دچار اضطراب امتحان بر این باورند که مشکل آنها چاره‌ناپذیر است از این رو برای رفع مشکل خود هیچ گونه اقدامی نمی‌کنند و یا این که به راه حل‌های نامناسب روی می‌آورند در حالی که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهکارهای بسیار سودمند و موثر برای غلبه بر اضطراب امتحان وجود دارد. درمان فراشناختی یکی از درمانهای موثر و کوتاه مدتی است که اخیراً مطرح شده و در چندین مطالعه اثر بخشی آن در درمان اختلالهای متفاوت تایید گردیده است. درمان فراشناختی (MCT) از این جهت که به اصلاح فکر می‌پردازد، شکلی از شناخت درمانی است اما در مدل‌های اختصاصی برای اختلالها در نظریه و مفهوم‌سازی با شناخت درمانی متفاوت است. در نهایت اهداف این پژوهش عبارت است از بررسی تاثیر درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان و همچنین نقش درمان فراشناختی بر تغییر باورهای فراشناختی آنهاست.

روش کار

این پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان سال سوم و چهارم متوسطه مراجعه کننده به مرکز مشاوره رازی استان البرز است که نمرات اضطراب امتحان آنها از طریق آزمون ساراسون بالای ۱۲ بود، روش نمونه‌گیری هدفمند بوده به طوریکه تعداد ۳۲ نفر (۱۶ نفر دختر-۱۶ نفر پسر) انتخاب شدند. آزمودنی‌ها در هر دو گروه سه بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. اولین اندازه‌گیری قبل از اجرای مداخلات فراشناختی است که بوسیله آن دانش‌آموزانی که اضطراب امتحان داشتند، انتخاب و بعد با استفاده از گمارش تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها که نمره‌ی

فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی به طور قابل ملاحظه‌ای تغییر پیدا کرد، باورهای فراشناختی مثبت باید مورد توجه قرار گیرد.

-تقویت طرح‌های جدید به جای فرآیند نگرانی: بعد از اینکه باورهای فراشناختی منفی و مثبت به اندازه‌ی کافی اصلاح شد، مرحله‌ی بعدی درمان که نقش زیادی در پیشگیری از عود دارد، شامل ایجاد و تقویت طرح‌های فراشناختی جایگزین است که می‌تواند پاسخ به افکار مزاحم را کنترل کند. فرایند جایگزینی طرح‌ها مستلزم تمرین و تکرار راهبردهای جدید است. اهمیت ویژه‌ی این مرحله در این است که گاهی بیمار نسبت به فرایندهای درج‌ماندگی افزایش یابد و ما باید مراقب باشیم که تغییر در محتوا می‌تواند بیانگر این باشد که این فرایند درجا ماندگی همچنان ادامه دارد.

-پیشگیری از عود: پیشگیری از عود شامل مرور باورهای فراشناختی باقیمانده است که به عنوان آسیب‌پذیری باقیمانده در نظر گرفته می‌شوند. باورهای منفی درباره‌ی کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی عامل اصلی در بروز این اختلالات است. ما باید بررسی می‌کردیم که آیا این باورها به صفر یا نزدیک به صفر رسیده است. اگر باورهای باقیمانده در این حوزه‌ها همچنان ادامه دارند، باید از طریق بازگشت به راهبردهای مورد استفاده قبل از درمان آنها را مجدداً بررسی کرده و اقدامات لازم برای اصلاح این باورها را انجام داد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره با سطح معنی داری ($P < 0.05$) استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد آزمودنی‌ها این پژوهش ۳۲ نفر بودند که از این تعداد ۱۶ نفر دختر (۱۰ نفر سوم و ۶ نفر چهارم دبیرستان) و ۱۶ نفر پسر (۱۰ نفر سوم و ۶ نفر چهارم دبیرستان) بودند جدول ۲ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (متغیر کمکی)، درمان فراشناختی به تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل در سطح ($P < 0.05$) هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری منجر شده است. یعنی درمان فراشناختی باعث کاهش نمرات اضطراب امتحان هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون شده است.

روش مداخله درمان فراشناختی: درمان فراشناختی (ولز ۱۹۹۵-۱۹۹۷) از جمله درمان‌های است که اخیراً مطرح شده است. این درمان در قالب ۱۰ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای تدوین شده است. دستورالعمل اجرایی گام به گام این مدل درمانی از کتاب راهنمایی عملی و گام به گام درمان فراشناختی برای اضطراب و افسردگی توسط ولز در سال ۲۰۰۹ اقتباس شده است. درمان فراشناختی دارای ۷ مرحله است. تجربیات بالینی درمانگران فراشناختی نشان می‌دهد که وجود یک توالی خاص برای مراحل درمانی به ویژه اصلاح فراشناخت می‌تواند اثرات مطلوب به همراه داشته باشد. ولز (۱۹۹۵) با توجه به این موضوع درمان فراشناختی را به طور خلاصه شامل مراحل زیر می‌داند.

-فرمول‌بندی بیمار: قبل از تشکیل یک فرمول‌بندی اختصاصی باورهای فراشناختی مثبت و منفی و راهبردهای کنترل افکار و پاسخ‌های مقابله‌ای استخراج شوند.

-آشناسازی با درمان: در این مرحله درمانگر بیمار را با مدل فراشناختی آشنا کرده و تلاش می‌کند بیمار را متوجه کند که مشکل اصلی او باورهایش درباره‌ی نگرانی و راهبردهای دردرساز برای کنترل نگرانی‌اش است.

-به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با کنترل پذیری نگرانی: دو روش عمده برای به چالش کشیدن این باورها عبارتند از: اسناد سازی مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری.

-به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با خطرناک بودن نگرانی: برای اصلاح یا تضعیف باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی می‌توان از روش اسناد سازی مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری استفاده کرد.

-به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت در ارتباط با نگرانی: طبق این مدل، باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نگرانی طبیعی بوده و دال بر آسیب‌شناسی نیست. اگرچه مشکل اصلی در انعطاف پذیری بیمار در انتخاب و اجرای راهبردهایی است که برای مقابله با افکار و هیجان مزاحم به کار می‌رود، ولی باورهای مثبت، سبک پردازش افکار و هیجانهای منفی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین کاملاً واضح و ضروری است که ما در سومین و آخرین مرحله درمان، باورهای فراشناختی مثبت را در کانون توجه قرار دادیم. در درمان فراشناختی بعد از اینکه باورهای

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در اضطراب امتحان

شاخص	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
آماري		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
کنترل	۱۶	۱۶/۲۵	۰/۹۳۱	۱۴/۹۴	۱/۰۶۳	۱۴/۸۱
آزمایش	۱۶	۱۵/۴۴	۱/۷۱۱	۷/۶۹	۱/۰۱۴	۸/۸۱

جدول ۲: خلاصه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تاثیر درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب امتحان

متغیرها	شاخص آماری منابع	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
پیش و پس	پیش آزمون	۰/۳۴۶	۱	۰/۳۴۶	۰/۳۱۳	۰/۵۸۰
پس گروه	گروه	۳۷۸/۱۱	۱	۳۷۸/۱۴	۳۴۲/۳۵	۰/۰۰۰
آزمون خطا	خطا	۳۲/۰۲۹	۲۹	۱/۱۰۴		
پس پیش آزمون	پیش آزمون	۱/۴۴۲	۱	۱/۴۴۲	۱/۰۶۱	۰/۳۱۲
آزمون گروه	گروه	۲۵۲/۳۱	۱	۲۵۲/۳۱	۱۸۵/۵۶	۰/۰۰۰
پیگیری خطا	خطا	۳۹/۴۳۳	۲۹	۱/۳۶۰		

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در باورهای فراشناختی

شاخص	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری				
آماري		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
باورهای	کنترل	۱۶	۱۵/۲۵	۱/۳۴۲	۱۵/۰۰	۱/۴۱۴	۱۵/۷۵	۱/۶۱۲
فراشناختی مثبت	آزمایش	۱۶	۱۵/۸۱	۱/۳۲۸	۸/۵۰	۱/۲۱۱	۹/۴۴	۱/۱۵۳
در مورد نگرانی	کنترل	۱۶	۱۷/۲۵	۱/۴۸۳	۱۶/۳۸	۱/۶۶۸	۱۷/۱۹	۱/۷۲۱
فراشناختی منفی	آزمایش	۱۶	۱۶/۶۹	۱/۳۵۲	۹/۱۹	۱/۳۲۸	۱۰/۱۹	۱/۲۷۶
در مورد نگرانی	کنترل	۱۶	۱۸/۱۲	۱/۳۶۰	۱۷/۰۰	۱/۰۳۳	۱۷/۱۹	۱/۲۲۳
اعتماد شناختی	آزمایش	۱۶	۱۷/۸۸	۱/۶۶۸	۷/۳۱	۰/۷۹۳	۸/۵۶	۰/۶۲۹
نیاز به کنترل	کنترل	۱۶	۱۵/۵۰	۱/۸۶۲	۱۵/۰۶	۱/۹۱۴	۱۵/۹۴	۱/۸۷۹
افکار	آزمایش	۱۶	۱۵/۴۴	۱/۳۶۵	۸/۶۳	۰/۸۸۵	۹/۸۸	۱/۰۸۸
خود آگاهی	کنترل	۱۶	۱۵/۳۱	۰/۹۴۶	۱۴/۸۱	۱/۶۰۱	۱۵/۶۹	۱/۵۸۰
	آزمایش	۱۶	۱۵/۵۶	۱/۲۶۳	۸/۸۸	۰/۹۵۷	۹/۸۸	۱/۳۶۰
فراشناخت کلی	کنترل	۱۶	۸۱/۴۴	۴/۸۷۱	۷۸/۲۵	۵/۰۹۲	۸۱/۷۵	۵/۳۸۵
	آزمایش	۱۶	۸۱/۳۸	۳/۰۵۲	۴۲/۵۰	۱/۷۸۹	۴۷/۹۴	۱/۳۸۹

جدول ۴: خلاصه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	شاخص آماری منابع	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
باورهای فراشناختی	پیش آزمون و پس آزمون	۱۸/۵۶۸	۱	۱۸/۵۶۸	۱۶/۱۰۷	۰/۰۰۰
مثبت در مورد نگرانی	پس آزمون	۳۵۶/۴۷۸	۱	۳۵۶/۴۷۸	۳۰۹/۲۲۴	*۰/۰۰۰
	خطا	۳۳/۴۳۲	۲۹	۱/۱۵۳		
پس آزمون	پیش آزمون	۴۵/۲۳	۱	۴۵/۲۳	۹۵/۷۴۱	۰/۰۰
وپیگیری	گروه	۰/۰۶۷	۱	۰/۰۶۷	۰/۱۴۱	۰/۷۱
	خطا	۱۳/۷۰	۲۹	۰/۴۷۲		
باورهای فراشناختی	پیش آزمون و پس آزمون	۱۸/۵۰۰	۱	۱۸/۵۰۰	۱۰/۷۹۷	۰/۰۰۳
منفی در مورد نگرانی	پس آزمون	۳۶۳/۰۶۱	۱	۳۶۳/۰۶۱	۲۱۱/۸۹۸	*۰/۰۰۰
	خطا	۴۹/۶۸۸	۲۹	۱/۷۱۳		
پس آزمون	پیش آزمون	۵۶/۹۴۴	۱	۵۶/۹۴۴	۱۳۸/۴۰۶	۰/۰۰۱
وپیگیری	گروه	۰/۲۱۱	۱	۰/۲۱۱	۰/۵۱۳	۰/۴۷۹
	خطا	۱۱/۹۳	۲۹	۰/۴۱۱		
اعتماد شناختی	پیش آزمون و پس آزمون	۳/۹۷۷	۱	۳/۹۷۷	۵/۳۷۴	۰/۰۲۸
	گروه	۷۳۶/۲۴۴	۱	۷۳۶/۲۴۴	۹۹۴/۸۹۴	*۰/۰۰۰
	خطا	۲۲/۴۶۱	۲۹	۰/۷۴۰		
پس آزمون	پیش آزمون	۱۷/۶۴	۱	۱۷/۶۴	۴۷/۷۰۸	۰/۰۰
وپیگیری	گروه	۰/۰۸۱	۱	۰/۰۸۱	۰/۲۱۶	۰/۶۴۳
	خطا	۱۰/۷۲۷	۲۹	۰/۳۷۰		
نیاز به کنترل افکار	پیش آزمون و پس آزمون	۲۶/۶۱۵	۱	۲۶/۶۱۵	۱۹/۲۶۱	۰/۰۰۰
	گروه	۳۲۷/۶۹۹	۱	۳۲۷/۶۹۹	۲۳۷/۱۵۰	*۰/۰۰۰
	خطا	۴۰/۰۷۳	۲۹	۱/۳۸۲		
پس آزمون	پیش آزمون	۵۴/۵۴۷	۱	۵۴/۵۴۷	۹۸	۰/۰۰۳
وپیگیری	گروه	۰/۰۷۷	۱	۰/۰۷۷	۰/۱۳۹	۰/۷۱۲
	خطا	۱۶/۱۴۱	۲۹	۰/۵۵۷		
خود آگاهی	پیش آزمون و پس آزمون	۳/۸۹۳	۱	۳/۸۹۳	۲/۳۳۸	۰/۱۳۷
	گروه	۲۵۸/۹۲۳	۱	۲۵۸/۹۲۳	۱۷۱/۶۹۲	*۰/۰۰۰
	خطا	۴۸/۲۹۴	۲۹	۱/۶۶۵		
پس آزمون	پیش آزمون	۴۵/۶۵۶	۱	۴۵/۶۵۶	۶۷/۷۸۸	۰/۰۰۰
وپیگیری	گروه	۰/۰۸۴	۱	۰/۰۸۴	۰/۱۲۴	۰/۷۲۷
	خطا	۱۹/۵۳۳	۲۹	۰/۶۷۴		
فراشناخت کلی	پیش آزمون و پس آزمون	۱۷۳/۴۸۷	۱	۱۷۳/۴۸۷	۱۹/۰۹۳	۰/۰۰۰
	گروه	۱۰۱۰۲/۷۱۸	۱	۱۰۱۰۲/۷۱۸	۱۱۲۲/۸۲۶	*۰/۰۰۰
	خطا	۲۶۳/۵۱۳	۲۹	۹/۰۸۷		
پس آزمون	پیش آزمون	۳۹۶/۹۶	۱	۳۹۶/۹۶	۱۷۱/۸۸	۰/۰۰۰
وپیگیری	گروه	۰/۰۲۲	۱	۰/۰۲۲	۰/۰۱۰	۰/۹۲۳
	خطا	۶۶/۹۷۶	۲۹	۲/۳۱۰		

این علامت * به معنی، معنی دار بودن آزمون می باشد

با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (متغیر کمکی)، درمان فراشناختی به تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل در سطح ($P < 0.05$) در تمام ایتیمهای باورهای فراشناختی (باورهای مثبت نسبت به نگرانی، باورهای منفی نسبت به نگرانی، اعتماد شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی) هم در پس‌آزمون و هم پیگیری منجر شده است. این نتایج نشان می‌دهد که نمرات گروه آزمایشی نسبت به کنترل در تمام ایتیمها کاهش داشته است.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان فراشناختی در کاهش اضطراب امتحان و تغییر باورهای فراشناختی بود و بر اساس آن به بررسی فرضیه‌ی اول با عنوان نقش درمان فراشناختی در کاهش اضطراب امتحان گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل با استفاده از تحلیل کوواریانس پرداخته شده است و نتایج نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش اضطراب امتحان موثر بوده است. دیدگاه فراشناختی بر این باور است که اضطراب یکی از اساسی‌ترین اشکال ناسازگاری فراشناختی است که زمینه را برای سایر اختلال‌های اضطراب و افسردگی فراهم می‌کند. هنگامی که اضطراب امتحان رخ می‌دهد، بسیاری از فرایندهای شناختی-توجهی با عملکرد موثر فرد تداخل می‌کنند. بنابراین برخی از دانش آموزان در مراحل مختلف قبل از امتحان، هنگام امتحان و پس از امتحان، اضطراب را تجربه می‌کنند و این امر سبب می‌شود که بسیاری از فرایندهای شناختی و توجهی با عملکرد موثر فرد تداخل ایجاد کند [۱۵].

اصل بنیادین درمان فراشناختی آن است که اختلال روان شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی-توجهی مرتبط است. در بسیاری از افراد، دوره‌های هیجانی و ارزیابی منفی (مانند غمگینی، اضطراب، خشم، احساس بی‌ارزشی) محدود و گذرا هستند. با این وجود، سندرم توجهی-شناختی اثراتی دارد که افراد را در دام اختلال‌های بلند مدت و عود کننده گرفتار می‌سازد. سندرم توجهی-شناختی شامل نوعی سبک تفکر در جامانده (تکرار شونده)^۱ بصورت نگرانی یا نشخوار فکری

متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند سرکوب فکر، اجتناب) است. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجانات و تقویت افکار منفی منجر می‌شود. بطور کلی، سندرم توجهی-شناختی موجب تداوم احساس تهدید در فرد می‌باشد. هنگامی که باورهای فراشناختی منفی فعال می‌شوند، فرد به ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد، یعنی دچار نگرانی درباره‌ی نگرانی می‌شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله می‌شود [۹]، که بر ارزیابی منفی نگرانی و علایم مرتبط با آن دلالت می‌کند. نمونه‌هایی از فرانگرانی عبارتند از: کنترل خودم را از دست می‌دهم، دارم دیوانه می‌شوم، علایم اضطراب اغلب به عنوان نشانه‌ی اثرات مضر و خطرناک نگرانی تعبیر می‌شوند که باعث تقویت باورهای منفی و افزایش فوری سطح اضطراب می‌شود. دومین فرایند مهم، ناتوانی فرد در درگیر نشدن در فرایند نگرانی به هنگام فعال شدن آن است. این ناتوانی به صورت تفکر مداوم در مورد نگرانی، به منظور نگرانی با آن و یا تلاش برای اطمینان دادن به خود از طریق خودگویی^۲ ظاهر می‌شود. این کار نوعی فعالیت مفهومی مداوم است که در آن فرد قادر به متوقف کردن فرایند مقابله‌ی دائمی خود نیست. چندین عامل در این ناتوانی نقش دارد. برای مثال، اغلب فرد بر این باور است که نگران نبودن برابر با عدم تلاش برای مقابله است. (برای اینکه نگرانی یک راهبرد مقابله‌ای مهم است.) یا فرد با این تصور که مشکل غیر قابل کنترل است (برای مثال، نگران بودن بخشی از شخصیت من است.) کنترل خود آگاهی ندارد. اغلب فرد تجربه‌ی شخصی محدودی در مورد خودکنترلی فرایند نگرانی دارد که می‌تواند باور او در مورد کنترل ناپذیری آن را به چالش بکشد. با توجه به مطالب بالا که بعنوان فاکتورهای مهم در ایجاد اضطراب مطرح گردید ما از طریق درمان فراشناختی به اصلاح آن پرداختیم و سعی کردیم مراجع را متوجه کنیم که مشکل اصلی او باورهایش درباره‌ی نگرانی و راهبردهای درد سرساز برای کنترل نگرانی‌اش است. به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با کنترل ناپذیر بودن نگرانی با استفاده از دو روش عمده برای به چالش کشیدن این باورها عبارت بود از: اسنادسازی

مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری. همچنین ما از طریق باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی به اصلاح یا تضعیف باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی با استفاده از روش اسناد سازی مجدد کلامی و آزمایش‌های رفتاری پرداخته، در درمان فراشناختی بعد از اینکه باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی به طور قابل ملاحظه‌ای تغییر پیدا کرد، باورهای فراشناختی مثبت باید مورد توجه قرار گیرد. و در نهایت این درمان توانست سطح اضطراب امتحان را پایین بیاورد.

تحقیقات زیادی به مثبت بودن درمان فراشناختی در کاهش اختلال‌های متعدد انجام شده است. اما در زمینه اضطراب امتحان پژوهش کمی صورت گرفته است. نتیجه‌ی این پژوهش با تحقیق شکر پور و همکاران در سال ۲۰۱۱ تحت عنوان تأثیر راهبردهای شناختی و فراشناختی روی اضطراب امتحان و عملکرد آموزشی دانش‌آموزان همسو است، نتایج آنان نشان داد که نقش راهبردهای شناختی و فراشناختی در کاهش اضطراب امتحان و بهبود عملکرد آموزشی دانش‌آموزان مثبت بوده است [۱۶]. همچنین با پژوهش ولی‌زاده و همکاران (۲۰۱۳) نیز همسو است آنها با استفاده از اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر روی باورهای فراشناختی و اضطراب دانش‌آموزان بررسی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که تفاوت قابل توجهی در کاهش باورهای فراشناختی و اضطراب دانش‌آموزان گروه آزمایشی نسبت به کنترل ایجاد شد.

تفاوت این پژوهش با تحقیق ولی زاده علاوه بر نوع اختلال در روش درمان انفرادی آن است که مشخص شد درمان انفرادی نیز مانند درمان گروهی در کاهش اضطراب موثر است.

فرضیه‌ی دوم تحقیق به بررسی نقش درمان فراشناختی در تغییر باورهای فراشناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پرداخته این فرضیه با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. مشخص شد درمان فراشناختی در کاهش نمرات باورهای فراشناختی نقش موثر داشت. مطالعات زیادی در ارتباط با باورهای فراشناختی غلط و اختلال‌های روان شناختی صورت گرفته در زمینه اضطراب و اختلال‌های مرتبط با آن، ولز و کارتر، (۲۰۰۱) بررسی‌های انجام داده‌اند. بطور کلی باورهای منفی درباره‌ی کنترل

ناپذیری و خطر نگرانی، بیشترین هم بستگی را در میان طیف وسیعی از شاخص‌های آسیب پذیری نشان دادند [۱۷]. اما در این تحقیق بیشترین سهم مربوط به اعتماد شناختی است که این امر به مشکل اضطراب امتحان بر می‌گردد. افرادی که اضطراب امتحان دارند نسبت به توانایی‌های خود از جمله حافظه شک و تردید دارند. بنابراین درمان نیز بر اساس این محور (اطمینان شناختی) صورت می‌گیرد. نتایج این تحقیق با تحقیقات ذیل همسو می‌باشد. ابوالقاسمی و همکاران در سال (۱۳۸۸) به بررسی رابطه‌ی باورهای فراشناختی مختل با موفقیت تحصیلی دانش‌آموز دارای اضطراب امتحان پرداخته و به این نتیجه رسیدند که باورهای فراشناختی مختل با موفقیت تحصیلی دانش‌آموز دارای اضطراب امتحان رابطه‌ی معنی‌داری دارد [۱۸]. دیویس و لیساکر (۲۰۰۵) تحقیقی تحت عنوان اثربخشی تکنیک شناختی-رفتاری در اصلاح باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اضطراب امتحان انجام داد و به این نتیجه رسید که تکنیک شناختی-رفتاری در بهبود مهارت‌های فراشناختی افراد مبتلا به اضطراب امتحان موثر بوده است [۶]. ولی زاده و همکاران (۲۰۱۳) نیز با استفاده از اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر روی باورهای فراشناختی و اضطراب دانش‌آموزان بررسی انجام داد و به این نتیجه رسید که تفاوت قابل توجهی در کاهش باورهای فراشناختی و اضطراب دانش‌آموزان گروه آزمایشی نسبت به کنترل ایجاد شد. علاوه بر پژوهش‌های ذکر شده که بطور مستقیم با این پژوهش ارتباط دارد، پژوهش‌های ذیل در ارتباط با نقش باورهای فراشناختی در اختلال‌های دیگر اشاره دارد. که همسو با نتایج این تحقیق است. احمدی طهور، ربیعی، کاملی، بهرامی، صفایی راد (۱۳۹۰) به اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر علایم مولفه‌های فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اشاره می‌کند [۱۹]. کرمی، زکیی، رستمی (۱۳۹۱) [۲۰] [بهادری، جهان‌بخش، کجباف، فرامرزی (۱۳۹۱) به اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی و اعتماد شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تأکید کرده‌اند [۲۱].

نتیجه گیری

ریزی خود تنظیمی، کنترل توجهی، ارزیابی خود و غیره است برای سنین پایین تر خیلی مناسب نیست.

تشکر و قدر دانی

بدینوسیله از مدیریت مرکز مشاوره رازی استان البرز که نهایت همکاری را در اجرایی پژوهش داشتند کمال تشکر و قدردانی می‌نمایم. این طرح بدون حمایت مالی انجام شده است.

References

1. Passarello D. J., Hintze J. M., Owen S.V & Gable R. K. (1999), Exploratory factor analysis of Parent ratings of child and adolescent anxiety, *Psychology in the School*, Vol. 36 (2), PP.88-100.
2. jokar F, (2009) Comparative study of therapeutic touch and relaxation on test anxiety and brain waves Teacher Training University, master's thesis, Tarbiat Moallem University of Tehran
3. Kivimaki M., (1995), Test anxiety, below-capacity performance, and poor test performance: Intrasubject approach with violin students, *Personality and Individual Differences*, 18(1), 47- 55
4. Bear R. A. (2003), Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143
5. Dodeen, H, (2008), Assessing test-taking strategies of university students: developing a scale and estimating its Psychometric, *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 33, 4, 409-419.
6. Davis W., Lysaker L, (2005), Cognitive behavioral therapy and Functional and met cognitive out comes in Schizophrenia: A single Case study, *CognBehavpract*, 12 (3): 468-478.
7. HosseinShareh (2009) ,Metacognitive Therapy (MCT), Fluvoxamine, and Combined Treatment in Improving Obsessive-Compulsive, Depressive and Anxiety Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) 'Phd thesis, Iran University of Medical Sciences
8. Wells A , (2000) ;Emotional disorders and metacognition; Innovative cognitive therapy; chichester, UKi Wiley
9. Mohammad khani, S. (2010), Metacognitive therapy of anxiety and depression, (Translation to Persian), Tehran: VarayDanesh

- با توجه به نتایج پژوهش که تاثیر درمان فراشناختی را در کاهش اضطراب امتحان و تغییر باورهای فراشناختی نشان داد. پیشنهاد می گردد که مشاوران و درمانگران عزیز بیشتر از این روش جدید برای دانش آموزان متوسطه استفاده نمایند. زیرا این درمان بر اساس کارکردهای اجرایی استوار است که سازه های شناختی سطح بالا از قبیل برنامه
10. Spada M. M., Nikcevic A. V., Moneta G. B., & Wells A, (2008), Metacognition, perceived stress, and negative emotion, *Personality and Individual Differences*, 44, 1172—1181
 11. Lobban F., Haddock E., Kinderman P & Wells A, (2002), The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations, *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1351-1363
 12. Williams W.M., Blythe T., White N., Gandner H., & Sternberg R.J, (2002), Practical intelligence for school: Developing meta-cognitive sources of achievement in adolescence, *Developmental Review*, 22(2), 162-210
 13. Valizade, Mahdi. Hasanvandi, Saba, Mehrabizade Honarmand Mahnaz, Afkar Ali (2013) Effectiveness of group metacognitive therapy for metacognitive beliefs and anxiety *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 84 (2013) 1555 – 155 [Persian].
 14. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi M, Ghanizadeh A, Taghavi S (2008), Comparison of Metacognitive Beliefs and Responsibility in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals , *IJPCP*. 2008; 14 (1) :46-55 [Persian].
 15. Behpajoh Ahmad, "et all", (2009); Effect of cognitive - behavioral therapy on reducing test anxiety in girl students school; *Journal of Psychology and Educational Sciences*. No.39 , pages 3-21 [Persian].
 16. Shokr pour N, "et all", (2011) ,the impact of cognitive and meta-cognitive strategies on test anxiety and students' educational performance, *European journal of social sciences- vol 21* ,No 1 [Persian].
 17. Wells A, (2009), metacognitive Therapy for Anxiety and Depression, New York: Guilford press

18. Abolqasemi A, "et al", (2009) examined the relationship between metacognitive beliefs interfere with academic success of students with test anxiety, and Psychology Studies No. 22, page 5

19. AhmadiTahoor M, "et al", (2011) examined the efficacy of cognitive intervention on symptom \neg components -meta cognition of patients with body dysmorphic disorder, Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health, No. 51, pp. 270

20. Karami J. Zaki Yi A., Rostami, S, (2012) The role of metacognitive beliefs and self-efficacy in predicting social phobia son, a third year high school students in Kermanshah School Psychology Quarterly, No. 1, pp. 62

21. Bahadori MH, J. M. Kajbaf MB, Faramarzi S, (2012) Effectiveness of cognitive therapy on cognitive, metacognitive beliefs and trust in social anxiety disorder patients, Quarterly Journal of Clinical Psychology, No. 13, pp. 33

Original Article

the effectiveness of metacognitive therapy (MCT) on reducing test anxiety and changing the metacognitive beliefs of the eleventh and twelfth grade students

azimi M^{1*}, shakeri M², Nori R³, Hatami M⁴

¹ PhD Student of Health Psychology, Teacher of Amir Kabir University, Karaj, Iran

² PhD Student of Health Psychology, Faculty Member, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

³ Assistant Professor of Health Psychology, Faculty Member, Kharazmi University, Karaj, Iran

⁴ Associate Professor of Health Psychology, Faculty Member, Kharazmi University, Karaj, Iran

***Corresponding Author:**

Amir Kabir University,
Karaj, Iran
Email: azimi7882@yahoo.com

Abstract

Background and Objectives: Test anxiety is one of the common problems in children and adolescents that reduces their efficiency. Too much anxiety may firstly disrupt studying and memorizing, and finally disturb the performance of individual during the test. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy (MCT) on reducing test anxiety and changing the metacognitive beliefs of the eleventh and twelfth grade students.

Materials and Methods: This empirical research uses pretest, posttest and follow-up design for the experimental and control groups. For this purpose, 32 students who visited Razicounseling center in Alborz Province and gained high scores (higher than 12) in Questionnaire Sarason Test Anxiety were selected as sample group and were divided to experimental and control groups through random assignment. For the experimental group metacognitive therapy (Wells -1995 to 1997) was conducted in 10 sessions lasting 45 Minutes. Metacognition Questionnaire-Short Form (MCQ30) Wells and Sarason Test Anxiety questionnaire were used to measure their metacognitive beliefs. Finally data were analyzed via spss software version 16 by use of ANCOVA analysis test.

Results: The outcomes showed that test anxiety in the experimental group has declined significantly ($P < 0/05$) after treatment. Also in this group metacognitive beliefs (positive and negative metacognitive beliefs regarding worry, cognitive confidence, need to control thoughts, cognitive self-consciousness) has significantly declined following metacognitive therapy ($P < 0/05$). After 6 months follow-up were the results significantly ($05/0P <$) has decreased compared to the pre-test.

Conclusion: cognitive therapy led to improved metacognitive beliefs of students, as well as reducing the test anxiety in them.

Keywords: metacognitive therapy (MCT), test anxiety, metacognitive beliefs

Submitted: 18 Mar 2014

Revised: 28 Apr 2014

Accepted: 2 Aug 2014