مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی با خودآموزی کلامی مایکنبام در کاهش باورهای فراشناختی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان

سجاد طاهرزاده قهفرخی*[1]، صغری ابراهیمی قوام[1]، فریبرز درتاج[1]، اسماعیل سعدی پور[1]

۱) گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹٤/٤/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹٤/٦/۲۹

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مداخله فراشناختی با خودآموزی کلامی مایکنبام در کاهش باورهای فراشناختی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه دانش آموزان دختر دارای اضطراب امتحان دبیرستان های دولتی شهر ایلام در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ است. در مرحله اول از بین دبیرستان های دخترانه شهر ایلام به صورت تصادفی یک دبیرستان انتخاب و آزمون اضطراب امتحان برای ۵۰۰ نفر از دانش آموزان اجرا گردید. سپس ۴۵ نفر از دانش آموزان دارای اضطراب امتحان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه های آزمایشی ۸ جلسه تحت مداخلات درمانی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. آزمون اضطراب امتحان اسپیلبرگر برای شناسایی افراد دارای اضطراب امتحان و آزمون باورهای فراشناختی ولز(MCQ-30) برای سنجش باورهای فراشناختی به کار برده شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که درمان فراشناختی نسبت به خودآموزی کلامی و گروه کنترل در مولفه های«باورهای نگرانی مثبت»، «باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار» و «باورهای غیرقابل کنترل بودن افکار» موثرتر بوده است و تفاوتی بین گروه خودآموزی کلامی و کنترل مشاهده نشد. هم چنین دو گروه درمانگری فراشناختی و خودآموزی کلامی نسبت به گروه کنترل در کاهش«خودآگاهی شناختی» موثرتر بودند.

بحث و نتیجه گیری: می توان از درمان فراشناختی برای کاهش باورهای فراشناختی افراد دارای اضطراب امتحان استفاده کرد.

واژه های کلیدی: فراشناخت درمانی، خودآموزی کلامی، اضطراب امتحان، باورهای فراشناختی

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

Email: sajad_taherzadeh@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

اضطراب امتحان به اضطراب ناشی از نگرانی مربوط به پیامدهای منفی در امتحان اطلاق می گردد. میزان کم تنیدگی طی امتحانات برای انجام مطالعه ضروری است، اما گاهی اضطراب دانش آموزان به قدری زیاد می شود که فعالیت آن ها را محدود می نماید. دانستن تجربیات هیجانی دانش‌آموزان در طول امتحان، به دلیل اثرات زیان بار آن در عملکرد تحصیلی و بهزیستی روان شناختی، همواره از نگرانی های محققان و روان شناسان مدرسه بوده است(۱). گرچه اضطراب امتحان امری تازه نیست، اما سابقه انجام پژوهش در این باره به چند دهه اخیر باز می گردد. مطالعات صورت گرفته میزان شیوع اضطراب امتحان در دنیا را ۱۰ الی ۳۰ درصد و در ایران ۱۷/۲ درصد گزارش کرده اند(۲). که این میزان در دختران دبیرستانی ۲۵/۶۲ است(۳) و حدوداً ۱۰ درصد آن ها نیازمند درمان هستند که این خطر در حال افزایش است(۴).

فراشناخت یکی از متغیرهایی است که در جریان اضطراب امتحان مختل می گردد(۵). نظریه کارکرد انحصاری خودتنظیمی(S-REF) عوامل چندگانه فراشناختی را به عنوان مولفه های کنترل کننده پردازش اطلاعات که رشد و دوام اختلالات روان شناختی را تحت تاثیر قرار می دهد، در نظر می گیرد. این تئوری درمان بیماری هایی نظیر اختلال اضطرابی، OCD، PTSD و افسردگی را تحت تاثیر قرار داده است(۶،۷). سندرم شناختی-توجهی(CAS) از دانش فراشناختی افراد حاصل می شود، و در موقعیت های مشکل زا و فرآیندهای سائقی مانند جلسه امتحان فعال می گردد(۸). دانش فراشناختی به باورهایی که افراد در مورد حالت های شناختی و هیجانی خودشان مانند شکست در امتحان دارند اشاره می کند(۹). از این رو باورهای فراشناختی از طریق دو مولفه CAS و S-REF در موقعیت های امتحان، نقش خود را ایفا می کنند. یافته ها نشان داده اند باورهای فراشناختی با تنش، نگرانی، تفکر نامربوط به امتحان و علائم بدنی همراه با اضطراب امتحان مرتبط اند. هم چنین بین باورهای فراشناختی مختل و شدت اضطراب امتحان رابطه معناداری وجود دارد(۱۶-۱۰). طی دهه اخیر با گسترش درمان فراشناختی طیف وسیعی از اختلالات تحت پوشش این درمان قرار گرفته اند. اندیشه محوری این مداخله آن است که عوامل شناختی در ایجاد سبک های فکری ناسودمندی در اختلال‌های روان شناختی نقش تبیین کننده ای دارند. بر اساس این رویکرد مداخله شامل حذف نگرانی و اندیشناکی، رها کردن راهبردهای تهدیدیابی و کمک به افراد برای تجربه افکار مزاحم بدون اجتناب کردن یا واکنش نشان دادن به آن از طریق راهبردهای مبتنی بر بزرگ نمایی افکار یا اندیشناکی است. در این درمان با این که باورها مورد چالش قرار می گیرند، اما تاکید بر روی باورهای شخصی درباره خود شناخت می باشد. در این درمان بر چالش یا واقعیت آزمایی افکار و باورهای فرد سرمایه گذاری نمی شود بلکه هدف اصلی درمان تمرکز بر تغییر شیوه پاسخ دهی فرد بر این باورها است(۱۷). در برخی پژوهش ها درمان فراشناختی بیشتر از سایر درمان ها باعث بهبود شدت پریشانی ذهنی، باورهای مثبت و منفی به نگرانی، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل افکار شده است(۱۸). هم چنین درمان فراشناختی در کاهش علائم باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین در بیماران مبتلا به اضطراب موثر بوده است(۱۹).

بر خلاف مدل فراشناختی، رویکرد شناختی بر این دیدگاه مبتنی است که حالتهای استرس آفرین نظیر افسردگی و اضطراب به علت شیوه های تفکر سودمندانه، یا اغراق آمیز تداوم یافته یا تشدید می شوند و نقش درمانگر کمک به شناسایی تفکر خاص فرد و تغییر آن با استفاده از منطق است. خودآموزی کلامی یک روش درمان شناختی است که به افراد کمک می کند آن چه را به خود می گویند تغیر دهند و رفتار خود را تحت کنترل کلامی خود درآورند و به طور فعالانه با تکلیف درگیر شده و جلوی افکار ناشی از اضطراب را بگیرند و بر حافظه کاری خود تسلط داشته باشند. مایکنبام معتقد است وقتی فردی با خودش صحبت می کند همانند وقتی که فرد دیگری با او سخن می گوید می تواند رفتار خود را کنترل کند. به طور کلی افراد زمانی که غرق صحبت کردن با خود می شوند فراموش می کنند که تا چه حد درگیر منفی بافی های خود شده اند و معمولاً به شکست ها و ناکامی های خود می

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

اندیشند و آن ها را بزرگ می کنند و احتمال موفقیتشان را به حداقل می رسانند(۲۰).

در مجموع در فراشناخت درمانی بر حذف نگرانی و اندیشناکی ناشی از امتحان، رها کردن راهبردهای تهدیدیابی اجتماعی و فردی حاصل از شکست در امتحان و کمک به افراد برای تجربه افکار مزاحم بدون اجتناب کردن یا واکنش نشان دادن به آن از طریق راهبرد ناکارآمد سرکوب یا راهبردهای مبتنی بر بزرگ نمایی افکار یا اندیشناکی حاصل از امتحان تاکید می شود. در این نوع مداخله فرآیندهای پردازش اطلاعات مستقیماً مورد مداخله قرار می گیرند(۱۷). در عوض خودآموزی کلامی بر این مفهوم که بیشتر رفتار تحت کنترل افکار یـا الگوهـای ذهنی ناشی از اضطراب امتحان است تاکید می‌کند و معتقد است خودآموزی می تواند به رشد تکنیک های خودکنترلی مناسب تر در جلسه امتحان منجـر شود و در نتیجه اضطراب امتحان و باورهای فراشناختی را کاهش دهد(۲۲). بنا بر این از آن جا که تاکنون پژوهش خاصی در خصوص مقایسه اثربخشی یک روش درمان شناختی و فراشناختی بر باورهای فراشناختی افراد دارای اضطراب امتحان صورت نگرفته است. اجرای این پژوهش ضرورت دارد.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع تجربی(آزمایشی) با طرح پیش آزمون–پس آزمون چند گروهی است. این طرح از ۳ گروه آزمودنی تشکیل شده است که هر گروه دو بار مورد اندازه گیری قرار گرفتند. جامعه مورد پژوهش دانش آموزان دختر دارای اضطراب امتحان دبیرستان های دولتی شهر ایلام در سال تحصیلی ۹۴–۹۳ است (حدوداً ۶۰۰ نفر، به این صورت که در شهر ایلام تعداد دانش آموز دختر دبیرستانی حدود ۳۰۰۰ نفر است که با توجه به شیوع ۲۰ درصدی اضطراب امتحان، دانش آموزان دارای اضطراب امتحان ۶۰۰ نفر تخمین زده می شود). نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از دانش آموزان دارای اضطراب امتحان دبیرستان دخترانه فضیلت شهر ایلام است که به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده اند. به این صورت که از بین دبیرستان های دخترانه شهر ایلام یک دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد و آزمون اضطراب امتحان برای ۵۰۰ نفر از دانش آموزان دبیرستان مورد استفاده قرار گرفت. سپس از بین دانش آموزان دارای اضطراب امتحان، ۴۵ نفر به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. جهت شناسایی افراد دارای اضطراب امتحان از آزمون اضطراب امتحان اسپیلبرگر(STAI) استفاده شد. این آزمون دارای ۲۰ سوال است که ۹ سوال آن مربوط به نگرانی یا جزء شناختی و ۱۱ سوال مربوط به جزء هیجانی یا جسمی می باشد. ضریب پایایی کل، مولفه نگرانی و مولفه جسمانی به ترتیب، ۰/۹۴، ۰/۸۶ و ۰/۹۰ از طریق محاسبه همسانی درونی آزمون گزارش شده است(۲۴،۲۵). شیوه نمره گذاری بدین صورت است که نمره یک برای گزینه خیلی کم، نمره دو برای گزینه کم، نمره سه برای گزینه زیاد، نمره یک برای گزینه خیلی زیاد در نظر گرفته شده است. هر دو نمره اضطراب جسمی و شناختی برای هر دانش آموز همراه با نمره کلی در اضطراب امتحان محاسبه می گردد. ضریب پایائی به روش همسانی درونی ۰/۹۲، دو نیمه سازی ۰/۹۲ و بازآزمایی ۰/۹۰ به دست آمده است(۲). هم چنین از آزمون باورهای فراشناختی ولز(MCQ-30) برای سنجش باورهای فراشناختی استفاده شد. این آزمون توسط ولز در سال ۱۹۹۷ ساخته شده و از یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ ماده ای که باورهای افراد درباره تفکراتشان را مورد سنجش قرار می دهد تشکیل شده است. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس می باشد: ۱–باورهای نگرانی مثبت ۲–باورهای غیر قابل کنترل ۳–باورهای صلاحیت شناختی ۴–باورهای منفی عمومی ۵–خودهشیاری شناختی می باشد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، خود هشیاری شناختی، اطمینان شناختی، و نیاز به کنترل افکار منفی به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷ و ۰/۸۶و ۰/۸۱و ۰/۸۰و ۰/۷۱ گزارش شده است. در بررسی روایی سازه آن که با استفاده از تحلیل عاملی صورت گرفته بود، مورد تایید قرار داده اند و پایایی آن را با آلفای کرونباخ برای کل و زیر مقیاس ها ما بین ۰/۷۶ الی۰/۹۳ گزارش کرده اند(۲۶).

شیوه اجرا و گردآوری داده ها به این صورت بود که ابتدا برای شناسایی افراد دارای اضطراب امتحان بر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

روی ۵۰۰ نفر از دانش‌آموزان(با توجه به شیوع ۲۰ درصد اضطراب امتحان در ایران) آزمون اضطراب امتحان اجرا گردید پس از شناسایی افراد دارای اضطراب امتحان، به صورت تصادفی ۴۵ نفر آن ها در ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه اول ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای طی سه هفته مطابق دستورالعمل تنظیم شده توسط پژوهشگران به صورت گروهی مورد مداخله فراشناختی و گروه دوم ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای طی سه هفته مطابق دستورالعمل تنظیم شده توسط بیابانگرد(۲۷) به صورت گروهی مورد آموزش خودآموزی کلامی مایکنبام قرار گرفتند. سپس اجازه داده شد دانش آموزان در یک جلسه امتحان قرار گیرند و پس از آن پس آزمون اجرا گردید.

جدول شماره ۱. محتوای جلسات درمانگری فراشناختی

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی
۱	آشناسازی با مدل فراشناختی باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی	طراحی و فرمول بندی اضطراب امتحان- آشناسازی با مدل فراشناختی- اجرای آزمایش سرکوب فکر و تکلیف ببر- آغاز چالش ورزی با باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی- تمرین توجه آگاهی انفصالی (DM)- معرفی به تعویق انداختن نگرانی- تکلیف منزل: توجه آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی
۲	اسناددهی مجدد کلامی و رفتاری کنترل ناپذیری	مرور تکلیف منزل به ویژه باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی- در صورت لزوم، ادامه آشناسازی با مدل فراشناختی- اسناددهی مجدد کلامی و رفتاری کنترل ناپذیری- تکلیف منزل: ادامه به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن کنترل
۳	شناسایی و متوقف کردن رفتارهای ناسازگار اجتنابی کنترل	مرور تکلیف منزل به ویژه باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی- ادامه چالش ورزی با باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی- اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمانی و امتحان- شناسایی و متوقف کردن رفتارهای ناسازگار اجتنابی کنترل-تکلیف منزل: ادامه به تعویق انداختن نگرانی، متوقف کردن رفتارهای اجتناب از نگرانی و آزمایش از دست دادن کنترل
۴	چالش ورزی با باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی-چالش ورزی با باورهای منفی مرتبط با خطرناک بودن نگرانی	مرور تکلیف منزل به ویژه باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی و رفتارها- ادامه چالش ورزی با باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی- آغاز چالش ورزی با باورهای منفی مرتبط با خطرناک بودن نگرانی- تلاش برای از دست دادن کنترل و آسیب رساندن به خود از طریق آزمایش نگرانی- تکلیف منزل: آزمایش نگران اندیشی عمدی برای بررسی خطرناک بودن نگرانی
۵	چالش ورزی با باورهای منفی مرتبط با خطرناک بودن نگرانی- اجرای آزمایش	مرور تکلیف منزل به ویژه باورهای مرتبط با خطرناک بودن نگرانی- ادامه چالش ورزی با باورهای منفی مرتبط با خطرناک بودن نگرانی- اجرای آزمایش در طول جلسه برای به چالش کشیدن باورهای مرتبط با خطرناک بودن نگرانی- تکلیف منزل: آزمایش های رفتاری برای به چالش کشیدن باورهای مرتبط با خطرناک بودن نگرانی
۶	چالش ورزی با باورهای فراشناختی مثبت	مرور تکلیف منزل به ویژه باورهای مرتبط با خطرناک بودن نگرانی و راهبردهای نا کارآمد باقی مانده- آغاز چالش ورزی با باورهای فراشناختی مثبت در صورت صفر شدن باورهای فراشناختی منفی- تکلیف منزل: راهبرد ناهمخوان یا آزمایش دیگری برای به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت
۷	چالش ورزی با باورهای فراشناختی مثبت	مرور تکلیف منزل به ویژه باورهای فراشناختی مثبت – ادامه چالش ورزی با باورهای فراشناختی مثبت- اجرای راهبرد ناهمخوان در طول جلسه- تکلیف منزل: آزمایش رفتاری کاهش و افزایش نگرانی
۸	خلاصه درمان و تکمیل طرح درمان	مرور خلاصه درمان- تکمیل طرح درمان (پیشگیری از عود)- تقویت برنامه های پردازشی جدید و توضیح آن با مثال- برنامه ریزی جلسه های تقویتی- تکلیف منزل: تصریح تداوم کاربرد

جدول شماره ۲. محتوای جلسات خودآموزی کلامی مایکنبام

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی
۱	آشنایی با افراد- بیان اهداف و معرفی اضطراب و اضطراب امتحان	ایجاد ارتباط ، آشنایی با افراد- گفتن هدف جلسات و ارائه برنامه جلسات- توصیف اضطراب و اضطراب امتحان- بیان علائم جسمانی، عاطفی، شناختی و رفتاری اضطراب امتحان- شناسایی علائم اضطراب دانش آموزان
۲	روش های مقابله با اضطراب- آرمیدگی و معرفی خودآموزی کلامی	مرور جلسه قبل- شناسایی روش های مقابله ای دانش آموزان در برابر اضطراب امتحان- ارائه توضیحاتی راجع به آرمیدگی- ارائه توضیحاتی راجع به روش درمانی خود آموزی کلامی مایکنبام-ارزیابی جلسه
۳	آرمیدگی	مرور جلسه قبل- آموزش آرمیدگی- تمرین آرمیدگی- ارزیابی جلسه
۴	آرمیدگی و خودگویی	مرور جلسه قبل- تمرین آرمیدگی- آموزش خود گویی (آموزش مواقع استفاده از خودگویی و آموزش استفاده از جملات تشویقی) - ارزیابی جلسه
۵	آرمیدگی و خودگویی و تصویرسازی	مرور جلسه قبل - تمرین آرمیدگی- تمرین خود گویی - آموزش تمرکز و تصویر سازی خوشایند و ناخوشایند - ارزیابی جلسه
۶	تصویرسازی و خودگویی	مرور جلسه قبل - تمرین تمرکز و تصویرسازی- تمرین خود گویی- ارائه تکلیف - ارزیابی جلسه
۷	خود آموزی کلامی	مرور جلسه قبل- مطالعه تکلیف و بحث گروهی- بحث و ارائه مثال هایی در مورد انتقال تجارب و یادگیری به موقعیت های دیگر- استفاده از خود آموزی کلامی در پیش از امتحان، حین امتحان و بعد از امتحان- ارزیابی جلسه
۸	مرور جلسات و پیگیری	مرور جلسه قبل- مطالعه تکالیف و بحث گروهی- مرور جلسات قبل (فرض کنید در جلسه امتحان نشسته اید، اگر اضطراب بروز کند چه می کنید ؟ ...)- پی گیری

داده های حاصل از آزمون باورهای فراشناختی ولز قبل و بعد از مداخلات با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کواریانس چند متغیری(MANCOVA) و آزمون تعقیبی LSD مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش

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 شماره ۳ نشان داده شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های باورهای نگرانی مثبت، باورهای غیرقابل کنترل بودن افکار، باورهای کارآمدی شناختی پایین، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان در پیش آزمون و پس آزمون

گروه ها		باورهای نگرانی مثبت		باورهای غیرقابل کنترل بودن افکار		باورهای کارآمدی شناختی پایین		باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار		خودآگاهی شناختی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراشناخت درمانی	پیش آزمون	۱۸/۸۶	۲/۶۹	۱۸/۷۳	۲/۸۶	۱۷/۵۳	۲/۶۶	۱۸/۲۶	۲/۵۷	۱۸/۴۰	۴/۰۱
	پس آزمون	۱۲/۲۶	۱/۶۶	۱۲/۴۰	۱/۹۵	۱۵/۲۰	۲۰/۷۳	۱۲/۴۶	۳/۲۹	۱۰/۶۰	۲/۰۹
خودآموزی کلامی	پیش آزمون	۱۸/۸۶	۱/۶۸	۱۸/۸۰	۲/۲۱	۱۹/۱۳	۲/۳۵	۱۶/۴۶	۲/۴۴	۱۷/۶۶	۲/۹۶
	پس آزمون	۱۹	۱/۲۵	۱۸/۰۶	۲/۳۴	۱۳/۳۳	۲/۴۳	۱۷/۹۳	۱/۵۷	۱۲/۶۰	۲/۶۴
کنترل	پیش آزمون	۱۸/۴۶	۱/۹۵	۱۷/۸۶	۱/۵۹	۱۷/۹۳	۲/۱۸	۱۷/۸۶	۲/۸۷	۲۰	۲/۵۳
	پس آزمون	۱۸/۷۳	۱/۲۲	۱۸	۲/۲۶	۱۷/۷۳	۱/۷۹	۱۷/۴۶	۳/۱۳	۱۹	۱/۸۵

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود یافته های حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) باورهای فراشناختی پس از حذف اثر پیش آزمون حاکی از این است که مقدار F چندمتغیری در سطح $P<0.0001$ از لحاظ آماری معنی دار می باشد. لذا می توان گفت که بین دانش آموزان گروه های آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (باورهای نگرانی مثبت، باورهای غیرقابل کنترل بودن افکار، باورهای کارآمدی شناختی پایین، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار، باورهای خودآگاهی شناختی) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت در بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل، در ادامه از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید.

جدول شماره ٤. نتایج آزمون های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANCOVA) باورهای فراشناختی در گروه‌های مداخله فراشناختی، خودآموزی کلامی مایکنبام و کنترل

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	اشتباه DF	F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	۱/۶۹	۱۰	۶۸	۳۷/۵۰	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۱۸	۱۰	۶۶	۴۲/۳۸	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۱۴/۹۰	۱۰	۶۴	۴۷/۷۰	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۱/۵۰	۵	۳۴	۷۸/۲۱	۰/۰۰۰۱

همان طور که جدول شماره ۵ نشان می دهد درمانگری فراشناختی نسبت به گروه کنترل در کاهش همه باورهای فراشناختی موثرتر بوده است. اما خودآموزی کلامی نسبت به گروه کنترل فقط در کاهش«باورهای کارآمدی شناختی پایین» و «خودآگاهی شناختی» موثر بوده است. در خرده باورهای فراشناختی«باورهای نگرانی مثبت»، «باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار» و «باورهای غیر قابل کنترل بودن افکار» درمان فراشناختی نسبت به خودآموزی کلامی و گروه کنترل موثرتر بوده است و تفاوتی بین گروه خودآموزی کلامی و کنترل مشاهده نشده است، به عبارتی خودآموزی کلامی بر کاهش باورهای فراشناختی مذکور موثر نیست. هم چنین یافته ها نشان می دهد در مقایسه روش فراشناخت درمانی و خودآموزی کلامی بر «باورهای کارآمدی شناختی پایین» و «خودآگاهی شناختی» فراشناخت درمانی نسبت به خودآموزی کلامی موثرتر بوده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای باورهای فراشناختی(باورهای نگرانی مثبت، باورهای غیرقابل کنترل بودن افکار، باورهای کارآمدی شناختی پایین، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی) در گروه های آزمایش و گروه کنترل

	گروه ها		تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
باورهای نگرانی مثبت	فراشناخت درمانی	خودآموزی	۷/۱۶	۰/۵۱	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت درمانی	کنترل	۶/۷۳	۰/۵۰	۰/۰۰۰۱
	خودآموزی	کنترل	۰/۴۳	۰/۵۴	۰/۴۳
باورهای غیرقابل کنترل بودن افکار	فراشناخت درمانی	خودآموزی	۵/۱۷	۰/۸۴	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت درمانی	کنترل	۵/۸۳	۰/۸۱	۰/۰۰۰۱
	خودآموزی	کنترل	۰/۶۵	۰/۸۸	۰/۴۶
باورهای کارآمدی شناختی پایین	فراشناخت درمانی	خودآموزی	۲/۶۶	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت درمانی	کنترل	۷/۶۹	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
	خودآموزی	کنترل	۵/۰۳	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱
باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار	فراشناخت درمانی	خودآموزی	۶/۶۵	۰/۹۰	۰/۰۰۰۱
	فراشناخت درمانی	کنترل	۴/۹۳	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱
	خودآموزی	کنترل	۱/۷۱	۰/۹۵	۰/۰۷
خودآگاهی شناختی	فراشناخت درمانی	خودآموزی	۱/۷۸	۰/۶۴	۰/۰۰۸
	فراشناخت درمانی	کنترل	۷/۵۰	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
	خودآموزی	کنترل	۵/۷۲	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی با خودآموزی کلامی در کاهش باورهای فراشناختی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان می دهد که سه گروه تفاوت معناداری در کاهش باورهای فراشناختی داشته اند. به طوری که نتایج آزمون تعقیبی حاکی از آن بوده است که دو گروه فراشناخت درمانی و خودآموزی کلامی نسبت به گروه کنترل در کاهش باورهای فراشناختی موثرتر بوده اند و فراشناخت درمانی نسبت به خودآموزی کلامی اثربخش تر بوده است. این یافته ها همسو با شاره و همکاران(۱۸)، بهادری و همکاران(۱۹)، ابوالقاسمی و همکاران(۵)، Theodorakis و همکاران(۲۱)، سادات لاریجانی و همکاران(۲۳) است. در تبین این یافته ها می توان اشاره کرد که باورهای فراشناختی با تنش، نگرانی، تفکر نامربوط به امتحان و علائم بدنی همراه با اضطراب امتحان مرتبط اند و سه مولفه فراشناختی شامل خودآگاهی شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار، با اضطراب امتحان مرتبط است(۱۰). در فراشناخت درمانی فرآیندهای پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی مستقیماً مورد مداخله قرار می گیرند(۱۷). و در تبیین اثربخشی درمانگری فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی نسبت به خودآموزی کلامی می توان گفت، دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تاکید می کند و بیان می دارد که چگونه باورهای فراشناختی در تداوم و تغییر شناخت موثر است. مداخله فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در مداخله های سنتی شناختی بر آن تاکید می شود، تاکید نمی کند، بلکه سعی می کند که فراشناخت هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می شوند را تغییر دهد. به نظر می رسد که در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی ذکر این نکات لازم است که در این رویکرد به جای این که درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

نگرانی را از بین ببرد. آن چه مهم تر است ذکر این نکته است که وجود باورهای منفی مشخصاً نمی تواند درباره الگوی تفکر و پاسخ های متعاقب آن توضیحی ارائه دهد. آن چه در این رویکرد مورد تاکید است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می کنند و وضعیت ذهن را تغییر می دهند. درمان فراشناختی از این رو موثر می افتد که موجب آگاهی بیماران از فرآیند سیستم پردازش فراشناختی می شود و در واقع کمک می کند به شیوه پردازش فراشناختی بیاندیشند(۱۹). هم چنین یافته ها نشان داد که در خرده باورهای فراشناختی، فراشناخت درمانی نسبت به خودآموزی کلامی و گروه کنترل موثرتر بوده است و خودآموزی کلامی فقط بر «خودآگاهی شناختی» و «باورهای کارآمدی شناختی پایین» موثر بوده است. سه مولفه فراشناختی خودآگاهی شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار، در افراد دارای اضطراب امتحان بالاست(۱۰). در توجیه اثربخشی فراشناخت درمانی می توان گفت این درمان بر حذف نگرانی و اندیشناکی ناشی از امتحان، رها کردن راهبردهای تهدیدیابی اجتماعی و فردی حاصل از شکست در امتحان و کمک به افراد برای تجربه افکار مزاحم بدون اجتناب کردن یا واکنش نشان دادن به آن از طریق راهبرد ناکارآمد سرکوب یا راهبردهای مبتنی بر بزرگ نمایی افکار یا اندیشناکی حاصل از امتحان تاکید می کند و فرآیندهای پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی را مستقیماً مورد مداخله قرار می گیرند(۱۷).

در توجیه اثربخشی خودآموزی کلامی برکاهش مولفه«خودآگاهی شناختی» نیز می توان اشاره کرد که روش خودآموزی کلامی به دانش آموزان کمک می‌کند آن چه را به خود می گویند تغییر دهند و رفتار خود را تحت کنترل کلامی خود در آورند و به طور فعالانه با تکلیف درگیر شده و جلوی افکار ناشی از اضطراب را بگیرند و بر حافظه کاری خود تسلط داشته باشند(۲۰). هم چنین با خود سخن گفتن باعث کنترل واکنش های شـناختی می شود(۲۱). به عبارتی خودآموزی کلامی بر این مفهوم که بیشتر رفتار تحت کنترل افکار یـا الگوهـای ذهنی ناشی از اضطراب امتحان است تاکید می کند و می تواند به رشد تکنیک های خودکنترلی مناسب تر در جلسه امتحان منجـر شود و در نتیجه اضطراب امتحان و باورهای فراشناختی را کاهش دهد(۲۲).

References

1.Ghahvehchihosseini F, Fathiashtiani A , Azadfallah P. [Meta-cognitive therapy versus cognitive therapy in reducing meta-worry in students with test anxiety]. J Behav Sci2013;7: 1-9. (Persian)

2.Abolghasemi A. [An epidemiological study of test anxiety and efficacy of two therapy in reducing high school students test anxiety disserataion]. J Ahvaz Uni Med Sci 2002;2:9-13. (Persian)

3.Sepehrian F, Rezayi Z. [Prevalence of examination anxiety and treatment confrontation for decline it and increase academic performance in girl students of high schools]. J Res Curr 2010; 25: 65-80. (Persian)

4.Hefer B. Test anxiety and academic delay of gratification. Coll Stud J2009; 430: 1-10.

5.Abolghasemi A, Gholami H, Narimani M, Ganji M. [Efficacy of beck cognitive therapy and teasdale mindfulness-based cognitive therapy in reduction of depressive symptoms and modification of meta-cognitive beliefs in dysthymic patients]. Psycholo Res2008;11:11-26. (Persian)

6.Wells A. Emotional disorders and metacognition innovative cognitive therapy. Wiley2002;4:22-8.

7.Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. J Behav Therap Exp Psychiatry 2004; 35: 18-307.

8.Wells A, Matthews G. Attention and emotion a clinical perspective. Hov Erlba2004;2:16-22.

9. Lane C, Milne E, Freeth M. Cognition and behaviour in sotos syndrome: A systematic review. Plos One2016;11:149-53.

10.Matthews G, Hillyard EJ, Campell SE. Met cognition and maladaptative coping as components of test anxiety. Clin Psychol Psychothrapy1999; 6:111-26.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

11.Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB. Metcognition as a mediator of the effect of test anxiety on a surface approach to studying. Edu Psycholo2006;26: 615-24.
12.Thiede KW, Anderson M, Thrriault D. Accuracy of meta-cognitive monitoring affects of learning of text. J Edu Psychol Ass 2003; 95: 66-73.
13.Keieth N, Frese M. Self-regulation in error management training: Emotion control and meta-cognition as mediators of performance effects. J Appl Psychol2005; 90: 677-91.
14.Stober J, Esser K. Effective of emotiverational therapy in treatment of test anxiety. J Rat Emot Cogn Behav Therapy2002; 20: 465-79.
15.Abolghasemi A, Golpoor R, Narimani M, Qamari H. [The relationship between cognitive beliefs interfere with academic achievment of students with test anxiety]. Stud Edu Psychol 2009;10:5-20. (Persian)
16.Lobban F, Haddock E, Einderman P, Wells A. The role metacopinitive beliefs auditory hallucination. Pers Ind Diff2012; 32:1351-63.
17. Wenn J, Oconnor M, Breen LJ, Kane RT, Rees CS. Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open2015;5: 722-6.
18.Sharreh H, Gharaie B, Aatef Vahid M. [Comparison of metacognitive therapy, fluvoxamine and combined treatment in improving metacognitive beliefs and subjective distress of patients with obsessive-compulsive disorder. J New Cogn2010; 12:1-16. (Persian)
19.Bahadori M, Jahanbakhsh M, Kajbaf M, Faramarzi S. [The effectiveness of meta-cognitive therapy on meta-cognitive beliefs and cognitive trust in patients with social phobia disorder]. J Clin Psychol2012; 4: 33-42.(Persian)
20. Eiraldi R, Power TJ, Schwartz BS, Keiffer JN, Mccurdy BL, Mathen M, Jawad AF. Examining effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for externalizing and internalizing disorders in urban schools. Behav Modif2016;11:132-7.
21.Theodorakis Y, Hatzigeorgiadis A, Chroni S. Self-talk: it works, but how? Development and preliminary validation of the functions of self-talk questionnaire. measurement in physical. Edu Exe Sci2008;12:10–30.
22.Ruhi A. [The theorical and applicational process in anxiety disorders of children]. J Talim Tarbiat 2015;14:47-58. (Persian)
23.Sadatlarijani Z, Mohamadkhani P, Hasani F, Sepahmansour M, Mahmoudi Gh. [Comparing the effectiveness of cognation therapy based of immediacy with meta-cognation therapy in students with symptoms of depressing and positiveand negative beliefs about worry]. J Stud Psychol 2014; 10: 27-50. (Persian)
24.Speilberger CD. Preliminary professional manual for the test anxiety inventory. Palo Alo Psychol1980;22:133-8.
25.Mosavi M, Hagh-Shenas H, Alishahi MJ, Najmi B. [Anxiety and personal factors-related to the social in high school students in Shiraz]. J Res Behavior Sci 2008; 6:17-25. (Persian)
26.Yousefi R, Jangi Aghdam H, Saivani zadah M, Adhamiyan A. [Comparison metacognitions on patients with schizophrenia, anxiety disorder and no patient control group]. J Adv Cogn Sci 2008;10:1- 8. (Persian)
27.Biabangard E. [Influence of lazarus multimodal therapy and relaxation on test anxiety of students. andeeshe and rafter]. Allame Tabatabai 2003; 8: 36-42. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

Comparing the Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy with Meichenbaum's Self-Instructional in Reduction of Meta- Cognitive Beliefs of Students with Test Anxiety

Taherzadehghahfarokhi S[1], Ebrahimighavam S[1], Dortaj F[1], Saadipour E[1]*

(Received: July 21, 2015 Accepted: September 20, 2015)

Abstract

Introduction: The present study aims to compare the effectiveness of meta-cognitive intervention, along with Meichenbaum's self-instructional approach, in the reduction of meta-cognitive beliefs of students suffering from test anxiety.

Materials & methods: This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test scheme and control group. The statistical population consists of all female students with test anxiety from public high-schools in the city of Ilam and in the academic year 2014-2015. First, one of the girls' high schools in the city of Ilam was randomly chosen and the anxiety test was performed for 500 students. Then, 45 students who were diagnosed with test anxiety, were randomly distributed in two test and one control group. 8 sessions of therapeutic interventions was performed on the test groups, while the control group didn't receive any intervention. Spielberger's anxiety test and Wels's meta-cognitive belief test was performed in order to identify people with test anxiety and to assess meta-cognitive beliefs, respectively. Data were analyzed using analysis of covariance.

Findings: The obtained results indicate that meta-cognitive therapy has been more effective compared to self-instructional and the control group in terms of the following components: "positive beliefs about worry", "need for control", and "negative beliefs about uncontrollability and danger of worry", and no significant difference was observed between the self-instructional and control groups.Also,meta-cognitive therapy and self-instructional groups were more effective than the control group in terms of "cognitive self-consciousness".

Discussion & Conclusions: Meta-cognitive therapy can be used to reduce meta-cognitive beliefs in people with test anxiety.

Keywords: Meta-cognitive therapy, Self-instructional, Test anxiety, Meta-cognitive beliefs

1.Dept of Ejucational Psychology, Faculty of Psychology, Allame Tabatabi University, Tehran, Iran
** Correspondin author Email: sajad_taherzadeh@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]