

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۸
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۲
صص: ۱۹۹-۲۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۰۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۷/۲۱

اثربخشی فراشناخت درمانی بر شادکامی و اضطراب دانش‌آموزان پسر دوره دوم مقطع متوسطه شهر خرم‌آباد

محمد مهدی سهرابی فرد*
مسلم سیاهپوش منفرد**
شهلا کرایبی***
کلثوم کریمی نژاد****

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر شادکامی و اضطراب دانش‌آموزان پسر دوره دوم مقطع متوسطه شهرستان خرم‌آباد بود. پژوهش حاضر، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه پیگیری با دو گروه آزمایشی و گواه بود. نمونه‌ی آماری شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان بود که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و گواه گمارده شدند. گروه آزمایشی در معرض ۷ جلسه‌ی فراشناخت درمانی و لنز قرار گرفتند. ابزار پژوهش عبارت بود از: پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه اضطراب بک. هر دو گروه در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزشیابی قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده با تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر تحلیل شدند. نتایج تحلیل آماری نشان داد که فراشناخت درمانی ولز بر افزایش شادکامی و کاهش اضطراب مؤثر است و این نتیجه در مرحله پیگیری پایدار بود.

کلید واژگان: فراشناخت درمانی، شادکامی، اضطراب، دانش‌آموزان پسر

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

*** کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

scu.ac.ir@sh-koraei

**** دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

در دوران نوجوانی، نوجوانان همزمان با تغییرات جسمانی و شناختی، تغییرات عاطفی و هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند (Hajamini et al., 2008). آموزش‌دهندگان، مسئولیت تسهیل محیط یادگیری را بر عهده دارند که رشد و بهزیستی دانش‌آموزان را ارتقاء می‌دهند. اغلب معلمان، مدیران و حتی والدین بیش از حد بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان متمرکز می‌شوند، زیرا آنها نگران هستند که دانش‌آموزان موفق نشوند. فشارهایی از این دست گاهی اوقات باعث می‌شود دانش‌آموزان احساس فشار، استرس و اضطراب^۱ کنند (Trudel, 2018). از سویی، در جوامع امروزی زندگی با استرس زیاد می‌تواند روی خلق و خوی اشخاص اثر سوء بگذارد و آنها را به سمت افسردگی، غمگینی و اضطراب نزدیک کند، اما خلق و خوی شاد به طرز قابل ملاحظه‌ای، سطح امید را در افراد بالا می‌برد، به طوری که افراد، بهتر می‌توانند از پس موانع اضطراب‌زای زندگی برآیند (Williams, 2000).

شادکامی^۲ به عنوان هدف نهایی اقدامات انسانی، ادعایی است که از زمان بسیار قدیم مطرح شده است و از سوی جامعه‌شناسان برجسته، فیلسوفان، اقتصاددانان و روان‌شناسان، به ویژه روان‌شناسان اجتماعی، "خود" و "مثبت" تحسین شده است. شاد بودن به معنای شادی و خوشنودی از داشتن یک معیار خوب در زندگی است که فرد آن را بحرانی و حساس در نظر گرفته است. در این دیدگاه، "شادکامی" به صورت فردی تعریف می‌شود که توضیح می‌دهد که چرا از فردی به فرد دیگر متفاوت است. بنابراین، شادکامی به عنوان یک مفهوم ذهنی در روان‌شناسی شناخته شده است. شادکامی اغلب به جای بهزیستی ذهنی، یک اصطلاح در روان‌شناسی، مورد استفاده قرار می‌گیرد (Saricam, 2015). Hills and Argyls (2001) معتقدند شادکامی حالت خوشحالی و یا سرور (هیجانان مثبت)، راضی بودن از زندگی و فقدان افسردگی و اضطراب (عواطف منفی) است.

اضطراب نیز به منزله بخشی از زندگی انسان، در همه افراد در حد اعتدال‌آمیز وجود دارد و در این حد به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود (Dadsetan, 2016). اختلالات اضطرابی از مشکلات رایج سلامت روانی هستند که در جهان بسیار شایع هستند. این مشکل رایج

1- anxiety

2- happiness

سلامت روان باعث ایجاد پریشانی شدید و کاهش کیفیت زندگی می‌شود و بار اقتصادی عمده‌ای در سطح فردی و اجتماعی را به همراه دارد. اختلالات اضطرابی با ترس بیش از حد، غیرمنطقی و مداوم از یک شیء، فرد، وضعیت یا احساس مشخص می‌شود و این ترس‌ها به سمت آینده گرایش داشته، به‌طور قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی و عملکرد روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (Cadman, 2018). اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روانی هستند و با هزینه‌های هنگفت مراقبت‌های بهداشتی و بار زیاد خود بیماری همراه است. بر اساس زمینه‌یابی در جمعیت عمومی، تا ۳۳/۷٪ از افراد در طول زندگی خود مبتلا به اختلالات اضطرابی شده‌اند. هیچ شواهدی وجود ندارد که میزان شیوع اختلالات اضطرابی در سال‌های گذشته تغییر کرده است. در مقایسه بین-فرهنگی، میزان شیوع بسیار متغیر است. اختلالات اضطرابی پس از یک دوره مزمن اضطرابی اتفاق می‌افتد؛ اختلالات اضطرابی با سایر اختلالات روانی همایند هست. در واقع اضطراب هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند، یعنی به فرد هشدار می‌دهد که خطری در راه است و باعث می‌شود که فرد بتواند برای مقابله با خطر، اقداماتی به عمل آورد، لذا موجب حفظ حیات می‌شود (Sadock, Sadock & Ruiz, 2014).

بالعکس اضطراب مرضی نیز وجود دارد، چرا که اگر حدی از اضطراب می‌تواند مفید و سازنده باشد ممکن است جنبه مزمن و مداوم بیابد که در این صورت نه تنها نمی‌توان پاسخ را سازش یافته دانست، بلکه باید آن را به منزله منبع شکست، سازش نایافتگی و استیصال گسترده تلقی کرد که فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌کند و طیف گسترده اختلالات اضطرابی را از اختلال‌های شناختی و بدنی تا ترس‌های غیرموجه و وحشت‌زدگی گسترده به وجود می‌آورد (Dadsetan, 2016). اگر اضطراب افراد شدید باشد و مدت زمان طولانی فرد درگیر آن باشد برای وی زیان‌آور بوده و نقش مهمی در ایجاد بیماری‌های روان تنی و اختلالات روانی خواهد داشت (Heravi, Milani, Regea & Valaei, 2004; Salehi & Dehghan, 2011). با توجه به اهمیت شادکامی و نقش مهم آن در سلامت روان افراد و نیز با توجه به ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب و ضررها و هزینه‌های ناشی از آن برای خانواده و جامعه، می‌بایست درمان مناسبی برای افزایش شادکامی و کاهش اضطراب ایجاد گردد.

فراسناخت^۱ به عنوان یک استراتژی قدرتمند برای افزایش یادگیری دانش‌آموزان در مدارس

1- metacognitive

و همچنین به عنوان یکی از مهمترین متغیرها و استراتژی‌های مؤثر در زمینه درمان اضطراب در حوزه روان‌شناسی شناخته شده است. فراشناخت شامل آگاهی و تنظیم فرایند تفکر فرد است. این بازتاب عمدی در مورد عملکرد شناختی است. فراشناخت نقش مهمی در ارتباط، درک زبان، شناخت اجتماعی، توجه، خودتنظیمی، حافظه، نوشتن، حل مساله و توسعه شخصیت دارد. به عنوان یک ساختار نظری، فراشناخت با یادگیری یا رشد معادل نیست، بلکه معادل تنظیم آگاهانه و عمدی آن یادگیری و رشد می‌باشد. فراشناخت با تمرین افزایش می‌یابد. قدم منطقی بعدی در ارتقاء سلامت اجتماعی و عاطفی در مدارس، توجه عمدی به فراشناخت، نه تنها به عنوان یک استراتژی آموزشی برای کودکان، بلکه همچنین یک استراتژی حمایت از سلامت روان است که توسط معلمان تسهیل می‌شود (Weight, 2017).

فراشناخت درمانی الگوی جدیدی را برای اختلالات هیجانی به کار می‌گیرد. این الگو به منظور تعدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه‌های شناختی شکل گرفته است (Wells, 2000). Wells and Matthews (1996) با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۱ (S-REF)، جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند (Moses & Baird, 2002). برای فهم فرایندهای تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره تفکر و راهبردهای فردی در مورد کنترل، توجه گردد و همچنین نوع باورهای فراشناختی او مورد تأکید قرار گیرد. آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید قرار می‌گیرد، عواملی است که تفکر را کنترل و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند، نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجهه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی (Wells, 2000). در سال‌های اخیر، اختلال در فرایند و محتوای فراشناخت به عنوان پایه بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است (Wells & Matthews, 1996). فراشناخت به عنوان هر نوع دانش یا فرایند شناختی است که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت دارد. بنابراین، باورهای فراشناختی (که افراد در مورد تفکر و فرایندها و تجربه‌های شناختی خود دارند) می‌توانند نیروی پنهان برانگیزنده سبک‌های زیان‌بار اندیشیدن بوده و به ناراحتی هیجانی درازمدت منجر شوند. درمان فراشناختی شامل حیطه‌های محتوایی گسترده‌ای است. به این معنی که هر اختلال در درون این حیطه‌ها، محتوای اختصاصی خود را

1- Self-Regulatory Function Model (S-REF)

دارد. به عنوان مثال، باورهای فراشناختی مثبت باورهایی را در بر می‌گیرند که به درگیری سودمند در فعالیتهای شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری و غیره مربوط می‌شوند. از سوی دیگر، باورهای فراشناختی منفی باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری، معنی، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی هستند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی توجهی خواننده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (Wells, 2009).

مطالعات متعددی به ارزیابی مدل فراشناختی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی پرداخته‌اند، این مطالعات نشان می‌دهند که رابطه مثبت پایداری بین باورهای فراشناختی و آسیب‌پذیری هیجانی و طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی وجود دارد (Papageorgiou & Wells, 2000; Papageorgiou & Wells, 2001; Papageorgiou, Wells, & Meina, 2008). بر اساس این مطالعات می‌توان این نتیجه کلی را استنباط کرد که درمان فراشناختی رویکرد درمانی اثربخشی است (Hashemi, Mahamoud alilou, & Hashemi Nosrat-abad, 2010). از آنجایی که مطالعه - ای در رابطه با اثربخشی فراشناخت درمانی بر شادکامی انجام نشده، در ادامه تأثیر این درمان بر متغیرهای دیگری همچون افسردگی و اضطراب آورده شده است.

برای مثال (Weight (2017) در پژوهشی فراشناخت را به عنوان راهبردی حمایتی برای سلامت روان دانش‌آموزان دارای اضطراب را اجرا نمود؛ نتایج مطالعه وی نشان داد که بین فراشناخت، خود تنظیمی به عنوان جزئی از فراشناخت و سطح اعتماد معلم در حمایت از دانش‌آموزان دارای اضطراب رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد. (Saricam (2015) در پژوهشی به بررسی نقش میانجی‌گری استرس ادراک‌شده بین فراشناخت و شادکامی پرداخت. در تحلیل همبستگی، فراشناخت و استرس ادراک‌شده با شادکامی رابطه منفی داشتند. از سوی دیگر، فراشناخت با استرس ادراک‌شده ارتباط مثبت داشت. نتایج نشان داد که برای یک فرد ناشاد، فراشناخت، استرس ادراک‌شده را افزایش می‌دهد، در حالی که در همان فرد کاهش استرس منجر به شادکامی می‌شود.

(Abdolpour, Khanjani, Aliloo and Fakhari (2019) در یک پژوهش تک موردی و با

استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای

کنترل فکر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی هم از لحاظ آماری و هم بالینی به طور معنی‌داری موجب کاهش استفاده از راهبردهای کنترل فکر آزمودنی‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد.

Zemestani, Davoudi, Mehrabi and Zargar (2013) در یک طرح نیمه آزمایشی به

بررسی اثربخشی درمان گروهی کوتاه مدت فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر علائم افسردگی، اضطراب و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در ۴۱ نفر دانشجوی پرداختند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه درمان فعال‌سازی رفتاری، درمان فراشناختی و گروه کنترل تخصیص یافتند. نتایج پژوهش نشان داد که هر دو درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی به طور مساوی بر علائم افسردگی و اضطراب اثربخش بودند.

Ghahvechi-Hosseini, Fathi Ashtiani and Satkin (2015) در یک پژوهش شبه

تجربی به مقایسه درمان فراشناختی با درمان شناختی بر کاهش اضطراب امتحان و فرا نگرانی در دانشجویان پرداختند. نمونه شامل ۴۵ دانشجوی دختر دانشگاه تربیت مدرس بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و سپس به صورت تصادفی در ۳ گروه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی در کاهش اضطراب امتحان یکسان بود، در حالی که درمان فراشناختی از درمان شناختی در کاهش فرا نگرانی اثربخشی بیشتری داشت.

Spada et al. (2012) ابعاد فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی و

اعتماد شناختی پایین را جزء علل به‌وجودآورنده اضطراب و نگرانی برمی‌شمارند. Spada, Georgiou and Wells (2010) در مطالعه‌ی دیگری نیز دریافتند که ابعاد فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی و اعتماد شناختی پایین با اضطراب اجتماعی ارتباط معنی‌داری دارند. Ellis and Hudson (2010) نشان دادند که نگرانی و اضطراب یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی است که به‌ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارد. Bergersen, Foslie, Sunnerhagen and Schank (2011)، Wells et al. (2009) و Banhofer et al. (2009) در پژوهش‌هایی از طریق طرح درمان فراشناختی توانستند علائم گروهی از بیماران افسرده را بهبود دهند و نتایج حاصله در دوره پیگیری نیز ادامه داشتند. Wells et al. (2008) و Colbear and Wells (2008) در پژوهش‌هایی اثربخشی درمان فراشناختی را در اختلال استرس پس از آسیب نشان دادند. Fisher and Wells (2008)

(2008) Rees and Van Koesreld مشاهده کردند که درمان فراشناختی گروهی بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مؤثر می باشد.

با توجه به اینکه اضطراب از شایع ترین اختلالات روانی است (Sadock et al., 2014) که در نوجوانان به علت رشد سریع، اختلالاتی را در فرایند رشد به وجود می آورد (Blackburn, Davidson & Kendell, 1990) و نیز با توجه به اینکه مشکلات دوران بلوغ و نوجوانی باعث شده که خلق و خوی آنها به سمت غمگینی گرایش پیدا کرده و مانع شادکامی شود در نتیجه زمینه برای بروز مشکلات هیجانی فراهم می شود (Williams, 2000). بنابراین، یافتن شیوه مناسبی برای درمان این مشکلات ضروری می باشد. از طرفی یافتن شیوه های درمانی کوتاه مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت پژوهش در حوزه درمان می باشد و درمان فراشناختی Wells جزء درمان های کوتاه مدت به شمار می رود که با توجه به نوپا بودن این مدل درمانی و اطلاعات ناکافی در مورد آن به ویژه روی نوجوانان، انجام پژوهشی برای کارایی و اثربخشی این شیوه درمانی دارای اهمیت است. لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی Wells بر افزایش شادکامی و کاهش اضطراب دانش آموزان پسر دوره دوم مقطع متوسطه شهرستان خرم آباد پرداخته است.

روش

این پژوهش در دسته پژوهش های نیمه آزمایشی قرار می گیرد و طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایشی و گروه گواه) و شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۴۰ روزه) است. متغیر مستقل، فراشناخت درمانی Wells بود که فقط بر گروه آزمایشی اعمال گردید و تأثیر آن بر نمره های شادکامی و اضطراب در پس آزمون و پیگیری گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. در مورد گروه گواه هیچ نوع مداخله ای صورت نگرفت.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان پسر دوره دوم مقطع متوسطه شهرستان خرم آباد در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بوده است که ۳۰ دانش آموز به عنوان گروه نمونه

به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و گواه توزیع شدند. روش انتخاب نمونه به این صورت بود که از تمامی مدارس پسرانه‌ی دوره دوم مقطع متوسطه شهرستان خرم‌آباد به صورت تصادفی یک مدرسه و در مرحله بعد دوباره به صورت تصادفی یک پایه از این مدرسه، سپس از بین دانش‌آموزان این پایه یک کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد که شامل ۳۰ دانش‌آموز بود و در نهایت به صورت تصادفی این ۳۰ دانش‌آموز در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و گواه توزیع شدند. شایان ذکر است که ریزش در دو گروه وجود نداشت. در جلسه اول (قبل از شروع درمان) و جلسه هفتم (پس از اتمام درمان)، از دانش‌آموزان خواسته شد تا پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد و اضطراب بک را پاسخ دهند (پیش‌آزمون و پس‌آزمون). جلسه پیگیری به فاصله ۴۰ روز، برگزار شد و پس از اطلاع از وضعیت کلی، از آن‌ها خواسته شد تا مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند (پیگیری). دانش‌آموزان گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفته و هماهنگی لازمه صورت گرفت و پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHQ): پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱ در سال ۱۹۹۰ توسط Argyls با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی Beck ساخته شده است که هم‌اکنون ۲۹ ماده دارد و در طیف لیکرت (اصلاً: صفر و همیشه: یک) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداقل نمره هر آزمودنی صفر و حداکثر نمره آن ۸۷ است. روایی این مقیاس در مطالعات مختلف از جمله مطالعه Argyls and Lou تأیید شده است (Hills & Argyls, 2001). در پژوهشی به منظور بررسی روایی و پایایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد، شرکت‌کنندگان فهرست شادکامی آکسفورد، پرسشنامه شخصیتی آیزنک، و فهرست افسردگی بک، را تکمیل کردند. بررسی همسانی درونی فهرست شادکامی آکسفورد نشان داد که تمام ۲۹ گزاره این فهرست با نمره کل همبستگی بالایی داشتند. آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیر مقیاس‌های برون‌گرایی و نوروزگرایی EPQ به ترتیب برابر با ۰/۴۸، -۰/۴۵ و ۰/۳۹- بود که روایی همگرا و واگرایی

1- Oxford Happiness Questionnaire

فهرست شادکامی آکسفورد را تأیید کرد (Alipour & Agah Heris, 2007). پرسشنامه شادکامی آکسفورد در ایران توسط Alipour and Nourbala در سال 1999 به فارسی ترجمه شد و این دو محقق با ۱۰۱ آزمودنی، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست آوردند (Alipour & Nourbala, 1999). در این پژوهش مجدداً همسانی درونی برای این پرسشنامه محاسبه شد ($\alpha=0/904$).

پرسشنامه اضطراب بک (BAS): پرسشنامه اضطراب بک^۱ که در سال 1988 به وسیله‌ی Beck et al. ساخته شده، پرسشنامه خودسنجی ۲۱ پرسشی است که شدت کلی اضطراب را می‌سنجد. آزمودنی شدت هریک از علائم را با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای (از اصلاً تا شدید، نمی‌توانم آن را تحمل کنم) درجه‌بندی می‌کند. نمره‌گذاری با جمع نمره‌های ۲۱ پرسش انجام می‌شود که نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد؛ نمره ۰-۷ هیچ یا کمترین حد اضطراب، نمره ۸-۱۵ اضطراب خفیف، نمره ۱۶-۲۵ اضطراب متوسط و نمره ۲۶-۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد. روایی این پرسشنامه توسط Beck et al. در سال 1988 مورد تأیید قرار گرفته است (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش بازآزمایی و به فاصله‌ی دو هفته ۰/۹۲ گزارش شده است (Rafiei & Seifi, 2013). (2004) Salavati روایی محتوا، همزمان، تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده است. نتایج پژوهشی دیگر در خصوص هنجاریابی این پرسشنامه در ایران نشان داد، آزمون مورد نظر دارای روایی ($r=0/72, P<0/001$)، پایایی ($r=0/83, P<0/001$) و ثبات درونی ($\alpha=0/92$) مناسبی است (Kaviani & Mousavi, 2008). در این پژوهش مجدداً همسانی درونی برای این پرسشنامه محاسبه شد ($\alpha=0/823$).

روش اجرای پژوهش

کاربندی آزمایشی و پژوهش حاضر اجرای هفت جلسه درمان گروهی فراشناختی بود که به صورت هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برگزار گردید. درمان براساس کتاب راهنمای درمان فراشناختی Wells برای اضطراب و افسردگی (۲۰۰۹) اجرا گردید. به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، پیش از اجرای مداخلات با شرکت‌کنندگان در یک جلسه

1- Beck's Anxiety Scale

عمومی صحبت شد و در جریان روند پژوهش قرار گرفتند. فرمت جلسات درمانی که توسط محقق اجرا شده به صورت چکیده در جدول ۱ نشان داده شده است:

Table 1.

Extension of Wells metacognition research meetings

جلسه اول	معارفه‌ی درمانگر و درمانجو/ اجرای پیش‌آزمون‌ها، آماده‌سازی و معرفی درمان‌فراشناختی، تعریف و معرفی شادکامی، اضطراب و اختلالات اضطرابی، ارائه‌ی منطق درمان‌فراشناختی، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، آشنایی با سندرم شناختی- توجهی و چگونگی تأثیر آن در تداوم اختلالات روانی، بررسی مقیاس سندرم شناختی- توجهی، معرفی و تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) و تکمیل برگه‌ی خلاصه‌ی تکنیک آموزش توجه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، شناسایی و چالش با باورهای منفی مربوط به نگرانی و کنترل‌ناپذیری و تحلیل مزایا و معایب آنها، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه‌ی درمان، معرفی و تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده (DM)، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، شناسایی و چالش با باورهای مثبت مربوط به نگرانی و کنترل‌ناپذیری و تحلیل مزایا و معایب آنها، اجرای آزمایش سرکوب فکر، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) (افزایش سطح دشواری)، ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، شناسایی و چالش با باورهای مثبت و منفی مربوط به نشخوار فکری و تحلیل مزایا و معایب آنها، شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده (DM)، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، معرفی به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری (مقابله با نگرانی و نشخوار فکری فعال با اجرای به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری در جلسه‌ی درمان)، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، آموزش تکنیک تمرکز مجدد توجه بر موقعیت (SAR)، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه‌ی قبلی و بررسی مقیاس سندرم شناختی- توجهی، ارائه‌ی خلاصه‌ای از تکنیک‌های ارائه شده در تمام جلسات درمانی، پاسخ به سؤالات و مشکلات در به‌کارگیری این تکنیک‌ها، تشکر و قدردانی و گرفتن بازخورد از کل جلسات، اجرای پس‌آزمون‌ها

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش حاضر در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های شادکامی و اضطراب دانش‌آموزان پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر کرده است. به منظور بررسی معنی‌داری این تفاوت و با توجه به این‌که سه بار هر آزمودنی در معرض آزمون شادکامی و اضطراب قرار

گرفته است، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن نمرات داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک، به منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین، به منظور بررسی برابری کواریانس‌های متغیر وابسته از آزمون باکس و به منظور برابری کواریانس نمره‌های متغیرهای وابسته در دو گروه از آزمون ماچلی استفاده شد. نتیجه این تحلیل‌ها در جداول ۳، ۴، ۵ و ۶ آمده است.

Table 2.

Mean and standard deviation of students' happiness and anxiety according to the experimental and control groups

Variable	Group	Mean	S.D.	Number
Pre-test anxiety	Experimental	61.60	2.66	15
	Control	42.07	1.90	15
Post-test anxiety	Experimental	15.33	2.09	15
	Control	42.27	2.60	15
Follow-up anxiety	Experimental	7.80	2.21	15
	Control	42.87	2.61	15
Pre-test happiness	Experimental	33.87	1.45	15
	Control	33.33	1.39	15
Post-test happiness	Experimental	44.47	2.82	15
	Control	34.00	1.77	15
Follow-up happiness	Experimental	47.93	2.40	15
	Control	33.07	1.43	15

Table 3.

Shapiro-Wilk test results to verify normality of data scores

Shapiro-Wilk test		Statistics	Df	Significant level	
Anxiety	Pre-test	Experimental	0.126	15	0.200
		Control	0.179	15	0.200
	Post-test	Experimental	0.170	15	0.200
		Control	0.153	15	0.200
	Follow-up	Experimental	0.175	15	0.200
		Control	0.163	15	0.200
Happiness	Pre-test	Experimental	0.191	15	0.147
		Control	0.217	15	0.061
	Post-test	Experimental	0.142	15	0.200
		Control	0.153	15	0.200
	Follow-up	Experimental	0.138	15	0.200
		Control	0.209	15	0.078

جدول ۳ نشان می‌دهد که داده‌های شادکامی و اضطراب دانش‌آموزان در هر سه گروه نرمال است و این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری رعایت شده است.

Table 4.
Levin test results to investigate the equality of two groups variance in students' happiness and anxiety

Source	F	df ₁	df ₂	Significant level
Pre-test anxiety	1.769	1	28	0.194
Post-test anxiety	1.734	1	28	0.199
Follow-up anxiety	0.493	1	28	0.488
Pre-test happiness	0.121	1	28	0.731
Post-test happiness	3.977	1	28	0.056
Follow-up happiness	3.939	1	28	0.057

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود هم واریانس شادکامی دانش‌آموزان با هم و هم واریانس اضطراب آنها با هم برابر می‌باشند و این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری رعایت شده است.

Table 5.
The result of the Box test to compare the covariances between the two groups

Source	Box test	F	df ₁	df ₂	Significant level
Anxiety	12.379	1.821	6	5680.300	0.091
Happiness	5.474	0.805	6	5680.300	0.565

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود کواریانس شادکامی و کواریانس اضطراب دانش‌آموزان دو گروه در سه بار اندازه‌گیری غیرمعنی‌دار است و پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نیز رعایت شده است.

Table 6.
Macheley test results for equality of covariances of dependent variables in three steps of total measurement

Source	F	df ₁	df ₂	Significant level
Anxiety	0.986	0.867	2	0.648
Happiness	0.872	3.691	2	0.158

نتایج آزمون ماچلی در جدول ۶ نشان می‌دهد که کواریانس‌های متغیرهای وابسته در سه مرحله در کل با هم برابر است و این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری رعایت شده است. جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری شادکامی و اضطراب دانش‌آموزان بر حسب گروه را نشان می‌دهد.

Table 7.
Analysis of variance with repeated measures of students' happiness and anxiety by group

Source	Variables	Sum of the squares	Df	Mean of the squares	F	Significant level	Eta coefficient	Test power	
Anxiety	Within the subject	Factor 1 (time)	4541.256	2	2270.678	691.744	0.000	0.961	1.000
		Factor 1*Group	4909.489	2	2454.744	747.819	0.000	0.964	1.000
		Error	183.822	56	3.283		0.000		1.000
Between the subject	Group	9755.211	1	9755.211	951.360	0.000	0.971	1.000	
Happiness	Within the subject	Factor 1 (time)	809.489	2	404.744	194.574	0.000	0.874	1.000
		Factor 1*Group	808.689	2	404.344	194.382	0.000	0.874	1.000
		Error	116.489	56	2.080		0.000		1.000
	Between the subject	Group	1672.711	1	1672.711	227.163	0.000	0.890	1.000

با توجه به مندرجات جدول ۷، بر حسب نمره‌های حاصل از فراشناخت درمانی Wells بر افزایش شادکامی و کاهش اضطراب دانش‌آموزان از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری در کل، تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد ($p = 0/000$). میزان اثر عضویت گروهی بر تغییرات نمره‌های شادکامی و نمره‌های اضطراب از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری براساس این ابزار به ترتیب ۰/۸ و ۰/۹ را نشان می‌دهد. این بدان معناست که ۸۰٪ تغییرات در شادکامی و ۹۰٪ تغییرات در اضطراب مربوط به درمان فراشناخت Wells است و این فرضیه تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری نشان داد که فراشناخت درمانی ولز بر افزایش شادکامی و کاهش اضطراب دانش‌آموزان مؤثر بوده است. این نتایج با پژوهش‌های Weight, 2017; Sariçam, 2015; Ghahvechi-Hosseini et al., 2015; Momeni, Rezaei, and Gorgi, 2014; Hashemi, ALipoor, and Feili, 2013; Bergersen et al., 2011; Hashemi et al., 2010; Ghasemi, Abedi, & Baghban, 2009; همسو بوده است.

در تبیین افزایش شادکامی بر اثر فراشناخت درمانی Wells می‌توان گفت که طبق بسیاری از نظریه‌های هیجان، شادکامی یکی از شش هیجان بزرگ است. بر همین اساس، Diener، شادکامی را نوعی ارزشیابی فرد از خود و زندگی‌اش می‌داند و مواردی از قبیل خشنودی از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود. پس شاد نبودن، باعث تأثیر فزاینده‌ی محرک‌های استرس‌زا در روان فرد می‌شود. همچنین زندگی با استرس زیاد و مشغله‌های فکری فراوان می‌تواند روی خلق‌وخوی افراد تأثیر بگذارد و آنها را به سمت غمگینی و ناشاد بودن نزدیک کند. از طرفی با توجه به مدل A-M-C در درمان فراشناختی که هیجان و اختلال در آن را فرمول‌بندی می‌کند (عامل پیش‌بین A یک رویداد شناختی درونی است نه یک موقعیت خاص. همچنین مؤلفه M به معنای باورهای فراشناختی و سندرم شناختی - توجهی است و بسیاری از ارزیابی‌های منفی عمومی یا باورهای معمولی B تحت تأثیر و کنترل فرایندهای فراشناختی هستند)، پس می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی با تأثیر گذاشتن بر M یعنی چالش با باورهای فراشناختی و حذف سندرم شناختی - توجهی، باعث تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی و در نهایت افزایش شادکامی دانش‌آموزان گردید (Mayers & Diener, 1995).

در تبیین کاهش اضطراب بر اثر فراشناخت درمانی Wells، می‌توان گفت که نگرانی خصیصه اصلی اضطراب می‌باشد و از طرف دیگر، مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی، نگرانی را مؤلفه اصلی سندرم شناختی - توجهی (CAS) در نظر می‌گیرد که تصور می‌شود در همه انواع آسیب‌شناسی روانی دخیل است. در ضمن طبق مدل فراشناختی، نگرانی شامل دو دسته باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی می‌باشد. معمولاً نگرانی به عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به یک فکر منفی مزاحم فعال می‌شود. استفاده از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله‌ای، به باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی که اکثر افراد تا حدودی دارند، مربوط می‌شود. از طرفی دیگر هنگامی که باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی فعال می‌شوند، فرد به ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد؛ یعنی دچار نگرانی درباره نگرانی (فرانگرانی) می‌شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به دانش‌آموزان پسر دبیرستانی اشاره نمود که امکان تعمیم این پژوهش را به سایر دانش‌آموزان در کشور

محدود می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود تأثیر این شیوه درمانی روی سایر افراد جامعه با سنین مختلف و جنسیت مؤنث نیز انجام گیرد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر خرم‌آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست، به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مدنظر قرار گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش کوتاه بودن زمان پیگیری به دلیل محدودیت زمانی در سال تحصیلی بود.

به نظر می‌رسد با توجه به آموزش پذیر بودن درمان فراشناختی Wells، دانش‌آموزان مهارت‌ها و تکنیک‌های ارائه شده در جلسات درمانی را آموخته و در زندگی روزمره خود به کار می‌گیرند که همین امر موجبات تغییر سندرم شناختی- توجهی، تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی و در نهایت کاهش اضطراب دانش‌آموزان می‌گردد. بنابراین، شایسته است مشاوران، معلمان و دست‌اندرکاران آموزشی این روش درمانی را در مدارس به کار بگیرند.

سپاسگزاری: در نهایت بر خود می‌دانیم که از تمامی مسئولین آموزش و پرورش خرم‌آباد، مدیران، معلمان و دانش‌آموزان عزیزی که با صرف وقت و همکاری خود امکان انجام این پژوهش را میسر ساختند مراتب سپاس‌گزاری و قدردانی خود را صمیمانه ابراز کنیم.

References

- Abdolpour, G., Khanjani, Z., Mahmoud Aliloo, M. & Fakhari, A. (2019). The effectiveness of meta-cognitive therapy on thought control strategies in patients with post-traumatic stress. *Journal of Psychological Achievements*, 26(1), 151-168. [Persian]
- Alipour, A. & Agah Heris, M. (2007). Reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among Iranians. *Journal of Iranian Psychologists*. 3(12), 287-298. [Persian]
- Alipour, A., Nourbala, A. A. (1999). A Preliminary Evaluation of the Validity and Reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the Universities of Tehran. *IJPCP*, 5(1 and 2), 55-66. [Persian]
- Banhofer, T., Crane, C., Harguse, E., Amrasinghe, M., Winder, R. & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness- based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther*; 47(3), 366-73.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Cons Clinl Psychol.*, 56, 893-897.

- Bergersen, H., Foslie, F., Sunnerhagen, K. S. & Schank, A. K. (2011). Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 23(2), 1-6.
- Blackburn, I. M., Davidson, K. M. & Kendell, R. E. (1990). *Cognitive Theranv for Depression and Anxiety: A practitioner's Guide*. Blackwell Science Inc Publication.
- Cadman, J. (2018). *An evaluation of novel psychological interventions for depression and the anxiety disorders within community-dwelling adults*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctorate in clinical Psychology of University of East Anglia, UK.
- Colbear, J. & Wells, A. (2008). *Randomized controlled trail of metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder*. Manuscript in preparation.
- Dadsetan, P. (2016). *Developmental psychopathology from infancy through adulthood*. Tehran. Samt Publication. 16th pub. [Persian]
- Ellis, D. M. & Hudson, J. L. (2010). The metacognitive model of generalized anxiety disorder in childrenand adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13, 151-163.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Ghahvechi-Hosseini, F., Fathi Ashtiani, A. & Satkin, M. (2015). Comparing metacognitive therapy with cognitive therapy on reducing test anxiety and meta-worry in students. *Practice in clinical psychology*, 3(3), 201-206. [Persian]
- Ghasemi, A., Abedi, A. & Baghban, I. (2009). The impact of group education based on Snyder's hope theory on the rate of happiness in elder's life. *Journal of Knowledge and research in applied psychology*, 41, 17-40. [Persian]
- Hajamini, Z., Ajalli, A., Fathi-Ashtiani, A., Ebadi, A., Dibaei, M. & Delkhosh, M. (2008). The effect of life skills training on emotional reactions in adolescents. *Journal of Behavioral Sciences*, 2(3), 263-270. [Persian]
- Hashemi, F., ALi Poor, A. & Feili, AR. (2013). The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on happiness among infertile women. *Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal (YUMSJ)*, 18(9), 678-686. [Persian]
- Hashemi, Z., Mahamoud Alilou, M. & Hashemi Nosrat-abad, T. (2010). The effectiveness of meacognitive therapy on Major Depression Disorder: A case report. *Journal of Clinical Psychology*, 2(7), 85-97. [Persian]
- Heravi, M., Milani, M., Regea, N. & Valaei, N. (2004). The effect of relaxation training on exam driven anxiety level among nursing students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 14(43), 86-91. [Persian]
- Hills, P. & Argyls, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and individual Differences*, 31, 1357-1364.

- Kaviani, H., Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J.*, 66(2), 136-140. [Persian]
- Mayers, D. G. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Journal of Psychological Science*, 6, 10-19.
- Momeni, M., Rezaei, F. & Gorgi, Y. (2014). Effectiveness of metacognitive counseling on test Anxiety Symptoms of female students. *Journal of Knowledge and research in applied psychology*, 14(45), 99-105. [Persian]
- Moses, L. J. & Baird, J. A. (2002). Metacognition. In R. A. Wilson & F. C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press, 187-205.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent Major Depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 407-413.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160-164.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Papageorgiou, C., Wells, A. & Meina, L. J. (2008). *Development and preliminary validation of the negative beliefs about rumination scale*. Manuscript in Preparation.
- Rafiei, M. & Seifi, A. (2013). An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 7(27), 37-46. [Persian]
- Rees, C. S. & Van Koesreld, K. E. (2008). An open trail of group metacognitive therapy for Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 451-8.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (2014). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th. Ed. Lippincott Williams & Wilkins (LWW) Publication. Translated by Farzin Rezaei. Arjmand Pub. Tehran, 2018. [Persian]
- Salavati, M. (2004). *The study of the attitude of responsibility in patients with Obsessive-Impulsive Disorder*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of psychology. Tehran: Psychiatry Institute.
- Salehi, T. & Dehghan, N. (2011). Relationship between anxiety and quality of life in students living in dormitories of Tehran university of Medical Sciences. *Payesh*, 10(2), 175-181. [Persian]
- Sarıçam, H. (2015). Metacognition and happiness: the mediating role of perceived stress. *Studia Psychologica*, 57(4), 271-283.

- Spada, M. M., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Rovetto, F., Ruggiero, G. M., Nikcevic, A. V. & Sassaroli, S. (2012). Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behav cognitive psychother*, 38(5), 629-637.
- Spada, M. M., Georgiou, G. & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, intentional control and social anxiety. *Cognitive behavior ther*, 39(1), 64-71.
- Trudel, A. (2018). *Mindfulness practices to improve stress management in the secondary classroom*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of Education, Goucher College.
- Weight, K. (2017). *Metacognition as a mental health support strategy for elementary students with anxiety*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Education, Faculty of the Graduate School of Education at Seattle Pacific University, Washington.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. 1st ed. Chichester: Wiley and sons; 13-85.
- Wells, A. (2001). *Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy*. 2nd ed. UK: Wiley Publication; 27-151.
- Wells, A. (2008). Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trail. *Cognitive and Behavioral Practice*. 15, 85-92.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Translated by Akbari, M., Mohammadi, A. & Andouz, Z., Tehran, Arjmand Publication, 2th pub. 2015.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF Model. *Behaviour Research Therapy*, 32, 867-870.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291-300.
- Williams, J. I. (2000). Reflection on assessing quality of life WHOQOL and Happiness -100 (8, 6, 9 HUVLRQ). *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 13-17.
- Zemestani, M., Davoudi, I., Mehrabi Honarmand, M. & Zargar, Y. (2013). The effectiveness of behavioral activation and metacognitive therapy on the depression, anxiety symptoms and cognitive strategies of emotional regulation. *Journal of Psychological Achievements*, 20(1), 183-212. [Persian]

