

اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر زنان سرپرست خانوار شهر تهران\*

ژیا اسدی<sup>۱</sup>، سید عبدالمجید بحرینیان<sup>۲</sup>، علی اصغر اصغر نژاد فرید<sup>۳</sup>

**The effectiveness of meta - cognitive therapy on thought control strategies in women heading household**

Soraya Asadi<sup>1</sup>, Seyed Abdol Majid Bahrainian<sup>2</sup>, Ali ashghr Asgharnejad Farid<sup>3</sup>

**چکیده**

**زمینه:** مرور پژوهشی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر فراشناختی بر متغیرهای مختلفی تأثیر دارد و همچنین زنان سرپرست خانوار در راهبردهای کنترل فکر دچار مشکل هستند؛ اما مسأله این است که درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر زنان سرپرست خانوار چه تأثیری دارد؟ **هدف:** این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر زنان سرپرست خانوار شهر تهران انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. از جامعه زنان سرپرست خانوار شهر تهران در سال ۱۳۹۷، ۴۰ زن سرپرست خانوار به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی و ۲۰۰۰ (دریافت کردند). راهبردهای کنترل فکر با پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر ولز و دیویس (۱۹۹۴) سنجیده شد و داده‌های پژوهش با استفاده از کواریانس تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج کواریانس نشان داد که درمان فراشناختی بر افزایش راهبردهای کنترل فکر و مؤلفه‌های توجه برگردانی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد زنان سرپرست خانوار تأثیر معنی‌داری دارد ( $p < 0/001$ ). **نتیجه‌گیری:** به منظور بهبود راهبردهای کنترل فکر و مؤلفه‌های آن یعنی توجه برگردانی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد زنان سرپرست خانوار می‌توان از درمان فراشناختی بهره گرفت. **واژه کلیدها:** درمان فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر، زنان سرپرست خانوار

**Background:** Research shows that meta-cognitive therapy affects a variety of variables and that female-headed households have difficulty with thought-control strategies, but the question is how does meta-cognitive therapy affect female-headed thinking strategies? **Aims:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of metacognitive therapy on thought control strategies of women head of households in Tehran. **Method:** This research was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. Forty female heads of households were selected from Tehran household heads of households in the year 1977 and were randomly divided into two experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of 90 minutes of Wells (2000) metacognitive therapy. Thought control strategies were measured using the Wells and Davis Thought Control Questionnaire (1994) and the data were analyzed using multivariate covariance. **Results:** The results of the covariance showed that metacognitive therapy had a significant effect on the increase of thought control strategies and the components of attention turnover, social control and reassessment of Tahir housewives ( $p \leq 0/001$ ). **Conclusions:** Meta-cognitive therapy can be used to improve thought control strategies and its components, such as attention to return, social control, and reassessment of female-headed households. **Key words:** meta-cognitive therapy, thought control strategies, Women heading household

Corresponding Author: majid.bahrainian@gmail.com

\* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

<sup>۱</sup> Ph.D Student of Counselling, Islamic Azad University, Science and Research branch, Tehran, Iran

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> Associated Professor, Department of Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۸/۱۸

دریافت: ۹۸/۰۶/۲۲

## مقدمه

سرپرست خانواده‌هایشان بودند، گزارش کردند. یکی از عواملی که تأثیرگذار بر سلامت روان و اختلالات روانشناختی می‌باشد راهبرهای کنترل فکر می‌باشد که ولز و متیوز (۱۹۹۶)، نیز اختلال روانشناختی را با راهبرد کنترل فکر مرتبط می‌دانند. ولز و دیویس (۱۹۹۴) تلاش کردند فنون مقابله‌ای شناختی، افراد در برابر افکار ناخواسته را، که راهبردهای کنترل تفکر نامیدند، به شکل تجربی مورد بررسی قرار دهند. آنها در یک مطالعه تحلیل عاملی، پنج راهبرد کنترل را شناسایی کردند که عبارتند از: بازآزمایی<sup>۱</sup>، تنبیه<sup>۲</sup>، کنترل اجتماعی<sup>۳</sup>، نگرانی<sup>۴</sup> و پرت کردن حواس<sup>۵</sup>. این راهبردها سبب محدود شدن توجه به محرک‌های تهدیدآمیز و مقابله به صورت تلاش برای اجتناب از افکار می‌شود و به این ترتیب، از پردازش سازگارانه طبیعی و اصلاح راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار جلوگیری می‌نمایند و چرخه‌ی معیوبی را ظاهر می‌کند (زارع و شریفی ساکی، ۱۳۹۴).

پژوهش‌های مختلف انجام یافته در خصوص رابطه‌ی این راهبردها با مشکلات روانشناختی، نشان داده‌اند بهره‌گیری از دو راهبرد نگرانی و خودتنبیهی از پیشایندها و یا همبسته‌های برخی از مشکلات روانشناختی هستند، راهبرد حواس پرتی به معنای تغییر عمدی توجه از فکر ناراحت‌کننده به فکری دیگر است. کنترل اجتماعی یا راهبردهای اجتماعی به مفهوم بهره‌گیری از شگردها و روش‌هایی مبتنی بر استفاده از حمایت و کمک اطرافیان مانند صحبت کردن در مورد فکرآزاردکننده و مزاحم با دیگران است. منظور از راهبرد نگران کردن، تمرکز بر فکر ناراحت‌کننده و درجاردن روی آن است. در حقیقت، در این راهبرد، فرد درگیری و اشتغال ذهنی قابل توجهی با فکر ناراحت‌کننده دارد. خودتنبیهی، به معنای خشم گرفتن بر خود به خاطر اندیشیدن به موضوع ناراحت‌کننده و استفاده از روش‌هایی مانند نیش گون گرفتن خود یا سیلی زدن به خود برای کنترل تفکر می‌باشد. به هنگام بهره‌گیری از راهبرد ارزیابی مجدد تفکر، فرد تلاش می‌نماید تا فکر را با بهره از روش‌هایی مانند به چالش کشیدن اعتبار فکر آزراننده یا بررسی روش‌های دیگر اندیشیدن درباره‌ی آن باز تفسیر کند (کمپبل و موریسون، ۲۰۰۷).

خانواده کانونی است که بسیاری از آسیب‌ها و مسائل اجتماعی مانند، طلاق، اعتیاد، کودکان خیابانی، کودک آزاری، فرار از خانه و... از آن سر بر می‌آورد، عوامل زیادی از جمله، طلاق، اعتیاد، زندانی شدن و مرگ همسر می‌تواند موجب تغییر ساختار خانواده گردد، منظور از تغییر ساختار خانواده افزایش تعداد خانواده‌های تک‌والدی در سرتاسر جهان است (فولادچنگ و حسن‌نیا، ۱۳۹۳). انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن باعث به وجود آمدن رشته‌ای از ناملی‌ها و وظایف مضاعف شامل، از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای زنان می‌شود، در نتیجه اثر معکوس بر سلامت جسم، روان، رضایت از زندگی زنان گذاشته و مسائل روانشناختی تازه‌ای به بار می‌آورد (هریست، ۲۰۱۲).

بروز رویدادهای تنش‌زای زندگی می‌تواند هم در شروع و تشدید اختلالات روانی و کاهش کارآمدی زنان سرپرست خانوار نقش کلیدی داشته باشد (رایسانن، چادویک، میچالاک و ون اندرس، ۲۰۱۸). این گروه از زنان اغلب با عوامل آسیب‌زایی همچون، ضعف دسترسی به فرصت‌های شغلی، بی‌سوادی یا کم‌سوادی، نداشتن درآمد مستمر و مشکلات و آسیب‌های روانی مواجه هستند (ایروانی، ۱۳۹۰). اغلب آنها تحت تأثیر این شرایط دشوار سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (ملوتی، جولیاتو، تاناکا و ریستو، ۲۰۱۸). تمامی تلاش نظریه‌پردازان براین است که با تواناسازی زنان از راه ترویج اندیشه‌های نو، آموزش مهارت‌هایی برای فعالیت در بخش‌های اقتصادی، ارتقای آگاهی همه اعضای جامعه از نقش‌های زنان (بویژه زنان سرپرست خانوار) و بهبود سطح رفاه آنها، پایه‌های استواری برای اقدام‌های بعدی در تأمین نیازهای راهبردی و مقابله با نابرابری‌ها در همه عرصه‌ها فراهم کنند (هادی‌زاده کفاش، ماردپور و رمضانی، ۱۳۹۸).

در مطالعه‌ای، تاتینا بلداجی، فروزان و رفیعی (۱۳۹۰) احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز عهده‌دار هستند از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیشتر نشان داده شده است. در پژوهشی مشابه مطالعه نوری (۱۳۸۲) سلامت روان پایین در ۷۷ درصد زنان تحت پوشش بهزیستی که

4. worry

5. distraction

1. reappraisal

2. punishment

3. social control

منشعب می‌شوند اغلب به صورت احساسات ذهنی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار اثر بگذارند. احساسات می‌توانند به صورت یک منبع اطلاعاتی بر قضاوت اثر بگذارند و هیجان‌ها موجب هدایت و سوگیری شناخت می‌شوند. در پردازش اطلاعات در انسان، شناخت تحت تأثیر عوامل هیجانی و فراشناختی است. بنابراین، دستکاری حالت‌های احساسی ممکن است باعث تغییر ارزیابی‌ها و شناخت شود. با وجود این، اگر فراشناخت، شناخت را کنترل و هدایت می‌کند و آشفته‌گی در تفکر، اختلال هیجانی را که در سطح باور است مشخص می‌کند، پس بسیار مهم است که به تأثیر دانش فراشناختی توجه داشته باشیم (بیابانگرد، ۱۳۸۱).

بنابراین، با توجه به مبانی نظری و پژوهشی بیان شده و همینطور با عنایت به این موضوع که زنان سرپرست خانوار، سرپرستی نزدیک به ده درصد خانواده‌های ایرانی را برعهده دارند سلامت روانی مادر در تعیین سلامت روانی و اجتماعی فرزندان نقش به‌سزایی دارد؛ این مسئله در فقدان پدر پررنگتر و مهمتر می‌شود. این زنان که بنا به قولی، فقیرترین فقرا به‌شمار می‌آیند، در زنجیره فقر گرفتار می‌شوند. با کاهش سطح سلامتی (و به تبع آن سلامتی روان)، سایر حلقه‌های این زنجیره، از جمله بی‌قدرتی، آسیب‌پذیری در برابر رخدادها، ضعف و ناتوانی فشار مضاعفی را بر ایشان تحمیل می‌کند. اهمیت توجه به وضعیت سلامت این گروه از زنان زمانی آشکار می‌شود که به بار سنگین اقتصادی حاصل از بیماری‌ها که به صورت مستقیم و غیرمستقیم به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌شود، نظری بیفکنیم. با توجه به این که جمعیت کثیری از کشور را زنان تشکیل می‌دهند و زنان سرپرست خانوار قشری هستند که بیشترین صدمات هیجانی را در چالش‌های زندگی تجربه می‌کنند، طبق پژوهش‌های انجام شده این گروه از زنان به دلیل شرایط خاص و پر استرس داشتن نقش دوگانه، مشکلات مالی در معرض آسیب‌های روانی بیشتری نسبت به هم‌تایان عادی هستند (آزاده و تافته، ۱۳۹۴، ریماز و همکاران ۱۳۹۳). استفاده از راهبردهای آموزشی و درمانی برای کمک به این افراد جزو مهمترین دغدغه‌های جامعه‌ی امروزی باید باشد. همچنین با توجه به نقش محوری زنان سرپرست خانوار در خانواده از یکسو و گرفتاری در حلقه‌های فقر و محرومیت از سوی دیگر، بررسی وضعیت سلامت روان ایشان که در صورت نامناسب بودن می‌تواند به

یکی از روش‌های درمانی مؤثر در راهبردهای کنترل فکر، فراشناخت درمانگری است. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد. فراشناخت‌های غلط به ویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند (عاشوری، ۱۳۹۵). فراشناخت‌ها به کنترل، تعدیل و تفسیر فرآیند تفکر می‌پردازند (ولز و کارترایت هاتون، ۲۰۰۴) و ارزیابی‌ها و انواع راهبردهایی که ما برای تنظیم افکار و احساسات مان بکار می‌بریم را شکل می‌دهند (محمودی، گودرزی، تقوی و رحیمی، ۱۳۸۹). در فراشناختی درمانگری<sup>۱</sup> باورهای فراشناختی تأثیر محوری بر شیوه پاسخ‌گویی به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی دارند و درمان باید شامل حذف نگرانی، رها کردن راهبردهای تهدیدپایی و کمک به افراد برای تجربه، افکار مزاحم بدون اجتناب کردن از آنها باشد، باورهای فراشناختی مثبت منجر به تشکیل نشانگان شناختی توجهی می‌شوند (ولز، ۲۰۱۲، ترجمه اکبری، محمدی، حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱).

فراشناخت درمانگری بدون توجه به محتوای اختلال صرفاً بر باورهای فراشناختی تمرکز می‌کند و برای تعدیل سایر مقوله‌های باورها (مثل مسئولیت‌پذیری افراطی، کمال‌گرایی و غیره) تلاش نمی‌کند. باورهای اضطراب و افسردگی، پیامد باورهای فراشناختی نابهنجار تلقی می‌شوند (مایرز و ولز، ۲۰۰۵). باورهای فراشناختی بیماران به گونه‌ای است که این تصورات خطرناک‌اند و می‌توانند موجب مصیبت شوند، اضطراب و افسردگی در دیدگاه فراشناخت تنها یک پیامد بیمارگونه نیست، بلکه یک شیوه برانگیخته شده فعال ارزیابی و مقابله با تهدیدی است که توسط باورهای فرد ایجاد شده است (گیلی‌ام، ولز و گراترایت‌هاتون، ۲۰۰۴).

فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است که به شناخت در مورد شناخت می‌پردازد (دننگ و همکاران، ۲۰۱۹). این مفهوم در برگیرنده دانش (باورها)، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند (مؤسس و سباغ، ۲۰۰۷). بیشتر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی بستگی دارند که بر آنها نظارت و کنترلشان می‌کنند. علاوه بر این، اطلاعاتی که از نظارت فراشناخت

<sup>۱</sup>. metacognitive therapy (MCT)

آزمایش به آنها هم آموزش داده می‌شود.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا با توجه به جامعه هدف و مشخص شدن تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام پژوهش، با مراجعه به مراکز خیره حمایت از زنان سرپرست خانوار در مرحله اول ۷۰ نفر داوطلب شرکت در دوره‌های آموزشی بودند که ضمن برگزاری جلسه توجیهی و توضیح اهداف پژوهش ۳۰ نفر که بعضی از شرایط ورود به پژوهش را نداشتند از لیست حذف شدند و در نهایت از بین ۸۰ نفر باقی‌مانده ۴۰ نفر به صورت تصادفی (با قرعه کشی) انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه (۲۰ نفر گروه آموزش درمان فراسناخت و ۲۰ نفر گروه کنترل)، قرار گرفتند. ابتدا از هر دو گروه با پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر ولز و دیویس (۱۹۹۴)، پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش درمان فراسناختی قرار گرفتند. هر گروه به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند، در نهایت دو هفته پس از اتمام دوره از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس چندمتغیری<sup>۱</sup> و تحلیل کواریانس یک‌متغیری<sup>۲</sup> تحلیل گردیدند. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان فراسناختی گزارش شده است.

### ابزار

پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر ولز و دیویس (۱۹۹۴): ولز و دیویس در سال ۱۹۹۴ پرسشنامه کنترل فکر<sup>۳</sup> ولز و دیویس را طراحی کردند. این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای بود که از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. هدف این پرسشنامه ارزیابی توانایی کنترل تفکر در مقابل افکار مزاحم از ابعاد مختلف (پرت کردن حواس، کنترل اجتماعی و ارزیابی دوباره) است. ولز و دیویس (۱۹۹۴) همسانی درونی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه را از ۰/۷۹ تا ۰/۶۹ گزارش نمودند. همچنین درستی محتوایی این پرسشنامه را در حد مطلوب گزارش کردند. خانی‌پور، محمدخانی و طباطبایی‌برزکی (۱۳۹۰) درستی همگرایی و افتراقی عامل‌های پرسشنامه کنترل تفکر را محاسبه کردند و نتایج نشان دهنده درستی قابل قبول این پرسشنامه بود. در نهایت درستی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، آنها در پژوهش خود ضریب قابلیت اعتماد به روش آزمون - باز برای دو هفته را ۰/۶۵ و به شیوه آلفای

یکی از عوامل سقوط در ورطه ناتوانی و فقر تبدیل شود، ضروری می‌نماید. همچنین با عنایت به این موضوع که اکثر پژوهش‌های انجام شده درباره زنان سرپرست خانوار از بعد آسیب‌شناسی اجتماعی یا شناسایی مشکلات و مسائل روانی و اجتماعی‌ای به این مسأله پرداخته‌اند و کمتر پژوهشی به انجام مداخلات روانشناسی در زنان سرپرست خانوار انجام شده است چه بسا بسیاری از عوامل خطرآفرین همچون فقر، مواد مخدر، مرگ یا بیماری صعب‌العلاج والدین را نمی‌توان تغییر داد بلکه بایست با تقویت عوامل حفاظتی شرایطی را فراهم آورد که قدرت و ظرفیت فرد در برابر مشکلات و بحران‌ها افزایش یابد (ماستن، ۲۰۰۴). در نهایت طبق مطالعات پژوهشگر پژوهشی که به اثر بخشی درمان فراسناختی بر راهبردهای کنترل فکر این گروه از زنان انجام شده باشد یافت نشد لذا پژوهش در پی پاسخ به این سؤال می‌باشد درمان فراسناختی بر راهبردهای کنترل فکر زنان سرپرست خانوار چه تأثیری دارد؟

### روش

طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان سرپرست خانوار تحت حمایت خیریه‌های حمایت از توانمندسازی زنان سرپرست خانوار شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که از این بین تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) با روش نمونه‌گیری در دسترس با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شده با جایگزینی تصادفی (قرعه کشی ساده) در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. داشتن رضایت آگاهانه، ۲. حداقل سواد سیکل، ۳. قرار نداشتن تحت سایر درمان‌ها مثل دارو درمانی یا دوره‌های روان‌درمانی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱. عدم رغبت جهت ادامه فرآیند درمان، ۲. عدم شرکت سه جلسه متوالی در فرآیند درمان. جهت رعایت اخلاق پژوهشی همه شرکت‌کنندگان آگاه شدند که اطلاعات به‌منظور اهداف پژوهشی گردآوری می‌شود و درباره پنهان‌ماندن هویت پاسخ‌دهندگان اطمینان داده شد. همچنین یادآوری شد که علاقه‌مندان می‌توانند با ارائه پست الکترونیکی یا نام کاربردی در شبکه‌های اجتماعی مجازی، از برآیندهای پژوهش آگاه شوند. به گروه کنترل هم اطمینان داده شد که پس از پایان درمان گروه

3. Thought Control Questionnaire

1. multivariate covariance analysis

2. univariate covariance analysis

مداخله فراشناخت در زنان سرپرست خانوار گروه‌های آزمایشی، میانگین راهبردهای مثبت کنترل فکر (شامل راهبردهای توجه برگردانی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد) در آنان به مقدار قابل توجهی افزایش یافته است این در حالی که میانگین راهبردهای منفی کنترل فکر (شامل راهبردهای نگرانی و تنبیه) زنان سرپرست خانوار گروه‌های آزمایشی، بعد از اعمال مداخلات درمانی - آموزشی به مقدار قابل توجهی کاهش یافته است؛ این کاهش میانگین در زنان سرپرست خانوار گروه مداخله درمان فراشناختی محسوس تر است. این در حالی است که این تغییرات در گروه گواه دیده نمی‌شود. هر چند این نتیجه‌گیری، استنباط بدون آزمون آماری است؛ اما در بررسی‌های دقیق‌تر بعدی، وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه مشخص خواهد شد.

کرونباخ را نیز ۰/۷۳ گزارش نمودند. در این پژوهش قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان فراشناختی (ولز، ۱۳۹۰) آورده شده است. این جلسات برای گروه آزمایش اجرا شده است.

### یافته‌ها

در این پژوهش ۴۰ نفر زن سرپرست خانوار شرکت داشتند. بازه سنی زنان سرپرست خانوار ۲۵ سال به بالا بود که درصد بیشتری از زنان سرپرست خانوار در دامنه سنی ۳۶-۴۵ سال قرار داشتند.

در جدول ۲ آمار توصیفی متغیر اصلی سؤال‌های پژوهش (راهبردهای کنترل فکر) به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است. اطلاعات جدول فوق نشان می‌دهد که با تمهیدات به عمل آمده بعد از اعمال

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراشناختی

شماره جلسات	شرح کلی مداخله
اول/عمومی	خوش آمدگویی، ارائه اهداف جلسه‌ها، معرفی مدل و آماده‌سازی، چالش با باورهای منفی درباره‌ی شرایط زندگی، انجام پیش‌آزمون.
دوم	آشنایی با درمان فراشناختی، آشنا کردن شرکت‌کننده‌گان با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد با افکار مزاحم، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوار ذهنی
سوم	چالش با باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با کنترل ناپذیری نگرانی
چهارم	چالش با باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با خطرناک بودن نگرانی (ادامه جلسه قبل)
پنجم	چالش با باورهای فراشناختی در ارتباط با نگرانی، مرور به تعویق انداختن نگرانی و گسترش کاربردهای آن، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر
ششم	بررسی مقابله‌ای اجتنابی و غیرانطباقی و حذف آن، کار بر روی باورهای باقیمانده درباره‌ی نگرانی و نشخوار فکری، تحلیل مزایا و معایب پایش (بازبینی) تهدید، چالش با باورهای مثبت درباره‌ی پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارائه‌ی گزینه‌های جانشین
هفتم	تدوین برنامه‌ی جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم، تکمیل طرح کلی درمان، آموزش تمرکز مجدد توجه
هشتم	تقویت برنامه‌های به جای فرآیند نگرانی، پیشگیری از عود

جدول ۲. آمار توصیفی نمره‌های راهبردهای کنترل فکر گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
توجه برگردانی	گروه درمان فراشناختی	۱۲/۲۵	۲/۴۷	۱۶/۱۵	۲/۴۸
	گروه گواه	۱۳/۵۵	۲/۹۸	۱۳/۶۰	۲/۹۶
راهبرد کنترل اجتماعی	گروه درمان فراشناختی	۱۲/۲۵	۳/۱۸	۱۶/۹۵	۲/۵۶
	گروه گواه	۱۲/۸۵	۲/۳۴	۱۲/۸۵	۱/۹۵
ارزیابی مجدد	گروه درمان فراشناختی	۱۲/۷۰	۳/۴۲	۱۷/۶۰	۲/۰۱
	گروه گواه	۱۱/۸۰	۳/۳۱	۱۲/۰۵	۱/۷۹

واریانس‌های متغیرهای پژوهش در جامعه و از آزمون ام. باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس، استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود ( $P \leq 0/05$ )، همچنین، از آزمون کرویت بارتلت جهت آزمون پیش‌فرض وجود همبستگی متعارف

قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت؛ بدین ترتیب از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی

کنترل پیش‌آزمون، بین پس‌آزمون گروه‌ها تفاوت وجود دارد که نشان از اثربخشی مداخله حداقل در یکی از متغیرهای وابسته دارد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۷ می‌باشد. به عبارت دیگر، ۸۷٪ تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون راهبردهای مثبت کنترل فکر (شامل راهبردهای پرت کردن حواس (توجه برگردانی)، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد) زنان سرپرست خانوار، مربوط به تأثیر درمان فراشناختی می‌باشد. توان آماری برابر با ۱ است، بنابراین امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر یا متغیرها بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس برای درمان فراشناختی به صورت جداگانه انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول فوق ارائه شده است. جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان فراشناختی بر افزایش هر سه رهبرد کنترل فکر یعنی توجه برگردانی ( $p \leq 0.005$ )، کنترل اجتماعی ( $p \leq 0.001$ ) و ارزیابی مجدد ( $p \leq 0.001$ ) تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

متغیرهای همپراش یا پیش‌آزمون‌ها با یکدیگر استفاده شد که با معنادار شدن شاخص کمو (KMO) و مقدار مجذور کای محاسبه شده برای آزمون کرویت بارتلت ( $p \leq 0.05$ ) می‌توان اظهار داشت که بین متغیرهای همپراش هم‌خطی چندگانه وجود ندارد و همبستگی همپراش‌ها با یکدیگر در حد متعارف می‌باشد. بنابراین، داده‌ها پیش-فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری را زیر سؤال نبرده‌اند. لذا با توجه به رعایت مفروضه‌ها، می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده کرد. نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

همان‌طوری که در جدول ۳ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین گروه مداخله درمان فراشناختی و گروه گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (راهبردهای مثبت کنترل فکر، شامل راهبردهای پرت کردن حواس (توجه برگردانی)، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p \leq 0.001$ ). بدین معنی که با

جدول ۳. آزمون‌های چندمتغیری پس‌آزمون راهبردهای مثبت کنترل فکر گروه‌ها با کنترل پیش‌آزمون							
نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۶	۳	۳۳	۷۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۳	۳۳	۷۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱
آزمون اثر هتلینگ	۶/۴۵	۳	۳۳	۷۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۴۵	۳	۳۳	۷۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱

جدول ۴. نتایج خلاصه تحلیل کواریانس تک متغیری پس‌آزمون راهبردهای مثبت کنترل فکر گروه‌ها با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	Eta	توان آماری
توجه برگردانی	۷۲/۰۳	۱	۷۲/۰۳	۹/۱۵ <sup>***</sup>	۰/۰۰۵	۰/۲۱	۰/۸۴
راهبردهای مثبت کنترل فکر	۱۷۹/۶۴	۱	۱۷۹/۶۴	۱۰۰/۹۲ <sup>***</sup>	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
ارزیابی مجدد	۲۷۸/۷۳	۱	۲۷۸/۷۳	۸۷/۰۱ <sup>***</sup>	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱

نگرانی و اضطراب و خودتنبیهی، مطابقت دارد. همچنین با پژوهش‌های عبدالپور، خانجانی، علیلو و فخاری (۱۳۹۸)، زارع و شریفی ساکی (۱۳۹۴) و غیور کاظمی، سپهری شاملو، مشهدی، غنایی چمن آباد (۱۳۹۴) همسو می‌باشد.

در تبیین تأثیرگذاری درمان فراشناختی بر افزایش راهبردهای مثبت کنترل فکر می‌توان اظهار داشت که زنان سرپرست خانوار با استفاده از فنونی مثل ذهن‌آگاهی، در برخورد با فکرها و احساس‌های منفی و نگران ساز به جای چالش با محتوای شناخت‌ها، روش غیرقضواتی بودن را با کمک تصویرسازی ذهنی آموزش می‌بینند و با گسیختن نشخوارهای ذهنی، و کاهش

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر افزایش راهبردهای مثبت کنترل فکر (شامل راهبردهای پرت کردن حواس (توجه برگردانی)، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد) زنان سرپرست خانوار بود. یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر افزایش راهبردهای مثبت کنترل فکر (شامل راهبردهای پرت کردن حواس (توجه برگردانی)، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد) زنان سرپرست خانوار بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌هایی ولز و کینگ (۲۰۰۶)، روزیس و ولز (۲۰۰۸)، کیم و همکاران (۲۰۰۱) مبنی بر اثربخش بودن درمان فراشناختی بر بهبود

مزاحم و میانجی که از عوامل تأثیرگذار در نتایج پژوهش بودند، است؛ از جمله این عوامل می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی آزمودنی‌ها، بافت فرهنگی، دوره‌های آموزشی اشاره کرد؛ لذا، پژوهشگران آینده می‌توانند برای گروه‌های مختلف و همچنین مد نظر قرار دادن تفاوت‌های قومی و فرهنگی، شخصیتی و جنسیتی اثرات این دوره درمانی را مورد بررسی قرار دهند. در پایان، با توجه به اثربخشی درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر زنان سرپرست خانوار، پیشنهاد می‌گردد از پروتکل درمان فراشناختی جهت بهبود کیفیت زندگی و استفاده از راهبردهای کنترل فکر در اقشار آسیب‌پذیر در مؤسسات حمایت از این افراد و مراکز مشاوره و روانشناسی استفاده شود.

### منابع

- ایروانی، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری، فصلنامه‌ی فرهنگی - دفاعی خانواده، ۵ (۱۷)، ۸۲-۷۱.
- آزاده، منصوره‌اعظم؛ تافته، مریم (۱۳۹۴). روایت زنان سرپرست خانوار از موانع شادمانی (مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار تهران)، مطالعات زن و خانواده، ۳ (۲)، ۴۴-۶۶.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۱) تحلیلی بر فراشناخت و شناخت درمانی، تحلیلی بر فراشناخت و شناخت درمانی، تازه‌های علوم شناختی، ۴ (۱۲)، ۴-۲.
- تاتینا بلداجی، ام‌لیلا؛ فروزان، آمنه؛ رفیعی، حسن (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی. رفاه اجتماعی، ۱۱ (۴۰)، ۹-۲۸.
- خانی پور، حمید؛ محمدخانی، پروانه؛ طباطبایی برزکی، سعید (۱۳۹۰). راهبردهای کنترل فکر و رگه اضطراب: پیش‌بینی کننده‌های نگرانی بیمارگون در نمونه غیربالینی. مجله علوم رفتاری، ۵ (۲)، ۱۷۳-۱۷۸.
- ریماز، شهناز؛ دستورپور، مریم؛ وصالی، سمیرا؛ شریانی، آذر؛ ساعی‌پور، نرگس؛ بیگی، زهرا؛ نجات، سحرناز (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران، مجله اپیدمیولوژی ایران، ۱۰ (۲)، ۴۸-۵۵.
- زارع، حسین؛ شریفی ساکی، شیدا (۱۳۹۴). برنامه‌ی مداخله‌ای فراشناختی ولز بر راهبردهای کنترل فکر در معتادین با سوء مصرف مواد، فصلنامه روانشناسی شناختی، ۲ (۵۹)، ۳-۴۹.

تمایلات خود نظارتی غیرسودمند، سبک‌های سازگارانه‌تر تفکر را ایجاد می‌کنند. بر اساس مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به صورت اضطراب هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود، این درمان را می‌توان درمانی تلقی کرد که بیماران را در شناسایی الگوهای فکاری و مقابله‌ای ناکارآمد که باعث آشفتگی‌های هیجانی مزمن می‌شوند، توانمند می‌سازد. در فراشناخت درمانی این گونه فرض می‌شود که باورهای فراشناختی تأثیری محوری بر روی شیوه‌ی پاسخ‌گویی به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی دارند و منجر به رنج هیجانی پایدار می‌شود (ولز و کارتر، ۲۰۰۹).

مدل فراشناختی فرض می‌کند که افراد آسیب‌پذیر نسبت به مشکلات روانی اقدام به نگرانی و تفکر نشخوارانه راجع به کارکرد باورها و فراشناخت‌های زیربنایی می‌کنند، بنابراین در پژوهش حاضر با مورد حمله قرار دادن چرخه نشخوار فکری زنان سرپرست خانوار و باورهای منفی آنها سعی در بهبود راهبردهای کنترل فکر آنان شد. از جمله دلایلی که باعث شد نمره‌ی راهبردهای کنترل فکر زنان سرپرست خانوار بهبود یابد، ماهیت درمان فراشناختی و ساختار درمان آن بود. درمان فراشناختی از طریق ایجاد بینش در افراد زمینه را برای به دست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند، برخی اصول تغییر رفتاری می‌توانند باورهای فراشناختی را به چالش بکشانند بنابراین کنترل فراشناختی زنان سرپرست خانوار بر باورهای فراشناختی‌شان افزایش پیدا کرد. افزایش کنترل فراشناختی این امکان را به آنها داد که رابطه‌ی جدیدی با افکار خود برقرار نموده و فراشناخت‌هایی را که شیوه‌ی ناسازگارانه‌ی تفکر منفی تکرار شونده را فرونی می‌بخشند یا باعث افزایش و تشدید باورهای منفی می‌گردند تغییر دهند.

با توجه به نمونه‌انتخابی که شامل زنان سرپرست خانوار در شهر تهران بود، نتایج قابل تعمیم به افراد خارج از محدوده‌ی جامعه پژوهش نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود برای جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مشابه این پژوهش برای گروه‌های مختلف و گسترده‌تر و دوره زمانی طولانی‌تر نیز تکرار گردد نتایج با پژوهش حاضر مقایسه شوند. محدودیت دیگر مربوط به کنترل یا خنثی کردن متغیرهای

- Herbst, C. M. (2012). Footloose and fancy free? Two decades of single mothers' subjective well-being. *Social Service Review*, 86(2), 189-222.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., ... & Song, S. K. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26(7), 601-606.
- Masten, A. S. (2004). Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 310-319.
- Melotti, I. G. R., Juliato, C. R. T., Tanaka, M., & Riccetto, C. L. Z. (2018). Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. *Neurourology and urodynamics*, 37(1), 223-228.
- Moses, L. J., & Sabbagh, M. A. (2007). Interactions between domain general and domain specific processes in the development of children's theories of mind. *Integrating the mind: Domain general versus domain specific processes in higher cognition*, 2 (1), 275-291.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 806-817.
- Raisanen, J. C., Chadwick, S. B., Michalak, N., & van Anders, S. M. (2018). Average associations between sexual desire, testosterone, and stress in women and men over time. *Archives of sexual behavior*, 47(6), 1613-1631.
- Roussis, P., & Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(3), 213-225.
- Wells, A., & Carter, K. E. (2009). Maladaptive thought control strategies in generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and nonpatient groups and relationships with trait anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(3), 224-234.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*, 32(8), 871-878.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(3), 206-212.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11-12), 881-888.
- عاشوری، جمال (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی فراسناخت درمانی و طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۸ (۲)، ۵۵-۶۱.
- عبدل پور، قاسم؛ خانجانی، زینب؛ علیلو، مجیدمحمود؛ فخاری، علی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراسناختی بر راهبردهای کنترل فکر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *مجله دست آوردهای روانشناختی*، ۲۶(۱)، ۱۵۱-۱۶۸.
- غیور کاظمی، فاطمه؛ سپهری شاملو، زهره؛ مشهدی، علی؛ غنایی چمن آباد، علی (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان فراسناخت و نوروفیدبک بر کاهش علائم اضطراب در دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *روانشناسی بالینی*، ۳(۲۷)، ۲۱-۳۵.
- فولاد چنگ، محبوبه؛ حسن نیا، سمیه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار، *فصلنامه زن و جامعه*، ۵(۲۰)، ۸۹-۱۰۶.
- محمودی، محمد؛ گودرزی، محمد علی؛ تقوی، سید محمد رضا؛ رحیمی، چنگیز (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت متمرکز بر فراسناخت بر علائم اختلال هراس اجتماعی: بررسی تک آزمودنی، *اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۳)، ۶۴۱-۶۳۰.
- نوری، مهشید (۱۳۸۲). *بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار*. تهران: انتشارات دانشگاه بهزیستی.
- ولز، آدرین (۲۰۱۲). *فراسناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی*، ترجمه اکبری مهدی؛ محمدی، ابوالفضل؛ اندوز، زهرا (۱۳۹۳). تهران: کتاب ارجمند
- هادی زاده کفاش، راضیه؛ ماردپور، علیرضا؛ رضانی، خسرو (۲۳۹۸). اثربخشی روان درمانگری گروهی مثبت گرا بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و سازش یافتگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۳)، ۱۰۹-۱۱۹.
- Campbell, M. L., & Morrison, A. P. (2007). The relationship between bullying, psychotic-like experiences and appraisals in 14-16-year olds. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1579-1591.
- Deng, Y., Zhang, B., Zheng, X., Liu, Y., Wang, X., & Zhou, C. (2019). The role of mindfulness and self-control in the relationship between mind-wandering and metacognition. *Personality and Individual Differences*, 141, 51-56.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy. An International Journal of Theory & Practice*, 11(2), 137-144.