

پیش بینی علائم وسواسی بر اساس باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در جمعیت غیربالینی

فتانه آقایی^{۱*}، راضیه علیمرادی دوکوهی^۲، سمیرا مختاری زازرانی^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، روانشناس اداره مشاوره دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی، گرایش بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، سیرجان، ایران

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، روانشناس اداره مشاوره دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی علائم وسواسی بر اساس باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در جمعیت غیربالینی بوده است. روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۱۶۰ دانشجو به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های فراشناخت (MCQ-30)، راهبردهای کنترل فکر (TCQ)، وسواس فکری- عملی مازدلی (MOCI) استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و به روش همبستگی و رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل گردیدند. نتایج پژوهش نشان داد که بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. خرده مقیاس‌های باورهای مثبت در باره نگرانی، نیاز به کنترل افکار و اطمینان شناختی، قویترین پیش‌بینی کننده‌های علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی می‌باشند. همچنین در این پژوهش بین نمره کلی راهبردهای کنترل فکر و علائم وسواسی رابطه معناداری یافت نشد. یافته‌های پژوهش حاصل با حمایت از مدل فراشناختی وسواس نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی نقش مهمی در علائم وسواسی دارند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییر باورهای فراشناختی ناکارآمد و جایگزین کردن راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه به جای راهبردهای ناسازگارانه می‌تواند به کنترل علائم وسواسی در افراد کمک کند.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر، وسواس فکری و عملی.

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ (OCD)، اختلال اضطرابی ناتوان کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها^۲ و اعمال اجباری^۳ است. وسواس‌ها، افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته و مزاحم هستند که بدون میل و اراده بیمار رخ می‌دهند و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند. فرد فعالانه در برابر وسواس‌ها مقاومت می‌کند و می‌داند که وسواس‌ها محصول ذهن او هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

افکار وسواسی اغلب محتوای خصمانه، جنسی، یا مذهبی دارند و یا به صورت تردیدها و نشخوارهای فکری مربوط به آلودگی تجربه می‌شوند. اعمال اجباری (وسواس عملی)، رفتارهای تکراری آشکار و ناآشکاری هستند که در پاسخ به وسواس‌ها انجام می‌شوند، هدف این رفتارها کاهش ناراحتی و پریشانی یا پیشگیری از برخی رویدادهای هولناک است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ ولز^۴، ۲۰۰۹). به طوری که راجمن و دوسیلوا (۱۹۷۹)، دریافتند که تقریباً ۹۰ درصد افراد سالم تجربه‌هایی از افکار، تصورات یا تکانه‌های مزاحم دارند که از نظر شکل و محتوا تفاوتی با افراد مبتلا به وسواس ندارد اما تعبیر بیماران مبتلا به وسواس از افکار مزاحم، متمایز کننده افکار مزاحم طبیعی از افکار مزاحم وسواسی است (سالکوسکیس، ۱۹۹۹). همچنین نظریه‌های شناختی به نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب شناسی و تداوم علائم این اختلال تأکید می‌کنند (ولز، ۲۰۰۰ و سالکوسکیس، ۱۹۹۹).

در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و به خصوص وسواس، سازه‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای به خود اختصاص داده است (ولز، ۲۰۰۹ و ۲۰۰۴). و مطابق 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 است. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکرمتموسل می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). در این میان مطالعات زیادی به بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، راهبردهای کنترل فکر و اختلال‌های روان شناختی پرداخته‌اند. به طور کلی، نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که رابطه مثبت پایداری بین باورهای فراشناختی، آسیب‌پذیری هیجانی^۵ و طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی وجود دارد. اختلال وسواس فکری- عملی (OCD) یک اختلال اضطرابی است که در آن ذهن فرد از افکار مهار نشدنی و پایدار لب ریز شده و فرد را مجبور به تکرار مجدد اعمال مشخص می‌کند و سبب درماندگی و اختلال در کار روزانه‌اش می‌شود. وسواس‌های فکری، افکار تکانه‌ای و تصورات مزاحم و تکراری هستند که ناخواسته به ذهن می‌آیند و در نظر فرد اموری غیر عقلانی و مهار نشدنی جلوه می‌کنند. "وسواس عملی عبارت است از رفتار یا اعمال ذهنی تکراری، که بیمار برای کاهش پریشانی ناشی از افکار وسوسه آمیز یا جلوگیری از رویدادی هولناک آن را انجام می‌دهد" (استکتسی، ۱۹۷۹).

اگر چه OCD اغلب بعد از رویدادهای بسیار استرس آمیز زندگی شروع می‌شود، گزارش‌های تاریخچه‌ای و میان فرهنگی در مورد OCD به وضوح نشان دهنده این است که محیط اجتماعی یک تعیین کننده مهم نوع نشانه‌های آشکار کننده OCD است. OCD اساساً یک اختلال پردازش شناختی است که در آن افراد، افکار، عقاید، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته ناخوانده‌ای را که موجب ناراحتی می‌شوند و از بین بردن آنها دشوار است تجربه می‌کنند. لازم به ذکر است که افکار ناخوانده و مزاحم را ۸۰ تا ۹۰ درصد جمعیت عمومی گزارش می‌کنند و از این رو پدیده ذهنی باید طبیعی یا بهنجار تلقی شود. با وجود این، افراد مبتلا به OCD در پاسخ به این افکار ناخوانده ناراحتی بیشتری تجربه می‌کنند و برای مرتفع ساختن آنها مشکلات زیادتری دارند. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی صورت گرفته است.

1. Obsessive-Compulsive disorder

2. Obsessive

3. Compulsive

4. Wells

5. Emotional vulnerability

روش شناسی پژوهش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش با توجه به ماهیت موضوع، هدفها و فرضیه‌های پژوهش، توصیفی (غیرآزمایشی) از نوع همبستگی می‌باشد. تحقیقات همبستگی، شامل کلیه تحقیقاتی است که در آنها سعی می‌شود رابطه بین متغیرهای مختلف با استفاده از ضریب همبستگی، کشف یا تعیین شود. هدف روش تحقیق همبستگی مطالعه حدود تغییرات یک یا چند متغیر دیگر است (دلاور، ۱۳۸۸).

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی واحد تربت حیدریه با تعداد ۲۷۱ نفر بود؛ که در نیمسال دوم تحصیلی ۹۰-۹۱ در مقطع کارشناسی، در رشته‌های (هوشبری، اتاق عمل، مامایی، بهداشت عمومی و پرستاری) مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۳-۱ توزیع جامعه آماری بر مبنای رشته تحصیلی و جنسیت ارائه شده است. حجم نمونه این پژوهش بر اساس حجم جامعه، روش تحقیق، تعداد متغیرهای پژوهش و همچنین بر اساس جدول کرجسی و مورگان^۱، ۱۶۰ دانشجوی دختر و پسر در نیمسال دوم تحصیلی ۹۰-۹۱ در دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه برآورد شد. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است. برای نمونه‌گیری این پژوهش ابتدا هماهنگی با حراست دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه و بعد به آموزش دانشکده مراجعه شد و آمار کل دانشجویان دختر و پسر در نیمسال دوم تحصیلی سال ۹۰-۹۱ گرفته شد (جدول ۳-۱). همچنین برای نمونه‌گیری دقیق‌تر از جامعه، آمار دانشجویان دختر و پسر به تفکیک رشته تحصیلی از آموزش دانشکده گرفته شد و به منظور انتخاب نمونه مورد نظر از میان دانشجویان حاضر در مکانهای عمومی دانشکده از جمله کتابخانه و سایت مرکزی، خوابگاه دانشجویی، افرادی به طور تصادفی انتخاب شدند، که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. پژوهشگر برای اطمینان از داده‌ها، و نتایج پژوهش تعداد ۲۰۰ پرسشنامه را دانشکده اجرا کرد که از این تعداد، ۱۶۰ پرسشنامه در تحلیل نتایج پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. ۴۰ پرسشنامه حذف شده در این پژوهش به دلیل ناقص پاسخ دادن آزمودنی‌ها و یا برگشت ندادن پرسشنامه از تحلیل در این پژوهش حذف شدند.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30): پرسشنامه فراشناخت (MCQ) توسط کارترایت_هاوتون و ولز (۱۹۷۷) به منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و افکار مزاحم ناخوانده، بازبینی و قضاوت فرا روانشناختی در مورد کارآمدی شناختی طراحی شده است. پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30) فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ) است که توسط ولز و کرترایت_هاوتون (۲۰۰۴) ساخته شده است و شامل ۳۰ گویه خودگزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. پاسخ در این مقیاس بر اساس چهار درجه‌ای لیکرت (۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم) محاسبه می‌شود. این مقیاس همانند MCQ دارای پنج خرده مقیاس است که در کدام شش ماده را شامل می‌شوند. شیرین زاده (۱۳۸۵) این پرسشنامه را برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده نموده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای فراشناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۱ و ۰/۷۱ گزارش شده است. لازم به ذکر است، که شاره (۱۳۸۹) مطرح کرد که با توجه به اینکه فرم ترجمه شده این پرسشنامه با فرم اصلی تفاوت‌هایی داشت، در برخی از آیتم‌ها تغییرات جزئی اعمال شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آورد، در پژوهش حاضر از پرسشنامه فوق به منظور اندازه‌گیری باورهای فراشناختی استفاده شده است.

^۱. Krejcie & Morgan

پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر (TCQ): این پرسشنامه توسط ولز و دیویس ۱۹۹۴ برای ارزیابی تفاوت های فردی در استفاده از راهبردهای کنترل افکار خوشایند و مزاحم تهیه شده است. بسیار مهم است که فرونشانی فکر به عنوان سازه‌ای واحد در نظر گرفته نشود. به علاوه، فرونشانی را می‌توان به عنوان هدفی در نظر گرفت که از روش‌های مختلف قابل دست‌یابی است. همانطور که نظریه فراشناختی مطرح می‌کند، برخی راهبردها، به طور خاص مضر و غیرسازنده هستند. از رویکرد تحلیل عاملی برای پالایش مجموعه‌ای از آیتم‌های اولیه برگرفته از نظریه استفاده شدف در نتیجه نشان داد که آیتم‌های اولیه در پنج عامل معتبر قرار می‌گیرد (ولز و دیدیس، ۱۹۹۴). این ساختار پنج عاملی بعد در یک نمونه از بیماران مبتلا به افسردگی یا اختلال استرس پس از آسیب تکرار شد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گسترده است. همبستگی-های آزمون_آزمون مجدد در یک فاصله زمانی ۶ هفته‌ای به شرح زیر بود: توجه برگردانی (۰/۷۲)، کنترل اجتماعی (۰/۷۹)، نگرانی (۰/۷۱)، تنبیه (۰/۶۴) و ارزیابی مجدد (۰/۶۷)، و کل پرسشنامه (۰/۸۳) (ولز و دیویس، ۱۹۹۴).

پرسشنامه وسواس فکری_عملی مادزلی^۱: این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن (۱۹۹۷) به منظور پژوهش در مورد نوع وحیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده، نیمی با کلید درست و نیمی با کلید نادرست است و در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی، ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ تیمار روان نژند به خوبی تفکیک کرده است. تحلیل محتوای بعدی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، چهار جزء عمده را که منعکس کننده چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص کرد. این چهار جزء عبارتند از: وارسی، تمیزی، کندی، و شک وسواسی. البته جزء پنجمی هم بود که می‌شد آن را نشخوار نامید ولی این جزء تنها روی دو ماه وزن داشت؛ بنابراین براساس تحلیل موارد یادآور شده چهار مقیاس فرعی تشکیل شد. با استفاده از یک روش نمره گذاری ساده میتوان یک نمره وسواسی کلی و چهار نمره فرعی به دست آورد. اجرای این پرسشنامه بسیار آسان و سریع است؛ زیرا از ۳۰ عبارت تشکیل شده که پاسخ‌های آن به شکل درست یا نادرست است (هاجسن و راجمن، ۱۹۷۷)، راجمن و هاجسن (۱۹۸۰). این پرسشنامه علاوه بر یک نمره کلی وسواس گرایی، چهارنمره فرعی برای بازیابی، شستن و تمیزکردن، کندی_تکرار، تردید_دقت به دست می‌دهد. متأسفانه این پرسشنامه فقط دو پرسش در ارتباط با افکار (وسواس فکری) دارد. همچنین میزان ناتوانی و شدت مشکلات را که در برابر گستردگی آنها قرار دارد، نمی‌سنجد. با وجود این می‌تواند بیماران مبتلا به وسواس فکری_عملی را از سایر اشخاص روان رنجور تشخیص دهد. به طور کلی پرسشنامه وسواس فکری_عملی مادزلی ابرازی مفید و ساده است که می‌توان آن را همراه با روش‌های معمول سنجش به کار گرفت. این پرسشنامه به ویژه برای ارزیابی تغییرات در نتیجه اجرای درمان، مفید است.

در پژوهش با ۴۰ بیمار، هاجسون و راجمن (۱۹۹۷) نشان دادند که نمره کل این پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است. در مجموع ثابت شده است که پرسشنامه وسواس فکری_عملی مادزلی ابزار مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی است. همچنین وسیله خوبی است برای بررسی سبب شناسی، سیر و پیش آگهی انواع مختلف شکایت های وسواسی (امل کمپ، هوکسترا و ویسر، ۱۹۸۵). پایایی و اعتبار آزمون وسواس مادزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است. به عنوان مثال ساناویو همبستگی بین نمرات کل آزمودنی مادزلی و آزمون پادوآ ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب پایایی محاسبه شده بین آزمون و آزمون مجدد بالا بوده است (۰/۸۹=۲) (راجمن و هاجسون ۱۹۸۰ به نقش از ترنوبیدل). در ایران استکتی (۱۹۷۶) پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی (۰/۸۵) و دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرا آن با مقیاس وسواس اجباری ییل_براون ۰/۸۷ به دست آورد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از جدول توزیع فراوانی، شاخص‌های مرکزی (میانگین) شاخص‌های پراکندگی (انحراف معیار واریانس) استفاده گردیده است. در این پژوهش متغیر ملاک (علائم وسواسی) و متغیرهای پیش‌بینی کننده (باورهای

^۱. Maudsley Obsessive-compulsive Inventory

فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر) هستند که رابطه پیش‌بینی کننده آنها روی متغیر ملاک (علائم وسواسی) بررسی شده است. برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از رگرسیون گام به گام استفاده شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۶۰ نفر آزمودنی از کل ۲۷۱ نفر، دانشجویان دانشکده علوم پزشکی واحد تربت حیدریه، درمقطع کارشناسی در رشته‌های (اتاق عمل، مامایی، پرستاری، هوشبری و بهداشت عمومی) شرکت داشتند؛ که از این نمونه ۱۶۰ آزمودنی مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
علائم وسواسی (MOCI)	۹/۸۴	۴/۶۱
چک کردن	۲/۷۶	۱/۹۴
شستشو	۳/۱۷	۱/۹۷
کندی	۲/۴۱	۱/۰۲
شکو تریدید	۲/۹۴	۱/۲۳
باورهای فراشناختی	۴۶/۱۷	۱۵/۳۷
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۸/۴۶	۴/۷۱
کنترل ناپذیری و خطر	۸/۲۱	۴/۶۷
اطمینان شناختی	۷/۵۸	۵/۰۵
نیاز به کنترل فکر	۹/۸۹	۴/۲۲
خودآگاهی شناختی	۱۱/۹۸	۳/۵۷
راهبردهای کنترل فکر	۵۴/۸۹	۱۸/۶۶
توجه برگردانی	۱۳/۷۲	۳/۵۳
تنبیه	۹/۷۰	۲/۷۹
ارزیابی مجدد	۱۳/۳۴	۳/۵۹
نگرانی	۱۰/۵۸	۳/۵۲
کنترل اجتماعی	۱۴/۰۹	۲/۷۷

همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین علائم وسواسی نمونه مورد مطالعه (۹/۸۴) با انحراف معیار (۴/۶۱) می‌باشد. میانگین باورهای فراشناختی (۴۶/۱۷)، راهبردهای کنترل فکر (۵۴/۸۹) و فرآنگرانی (۱۳/۵۹) و انحراف معیار آنها به ترتیب (۱۵/۳۷)، (۱۸/۶۶)، (۳/۸۹) می‌باشد.

به منظور بررسی متغیرهای پژوهش از روش تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد و معناداری رابطه‌ها در جداول بیان گردید.

فرضیه اول پژوهش: بین باورهای فراشناختی با علائم وسواسی رابطه وجود دارد.

جدول ۲: بررسی رابطه باورهای فراشناختی با علائم وسواسی

متغیرها	N	میانگین	انحراف معیار	r	سطح معناداری
باورهای فراشناختی	۱۶۰	۴۶/۱۷	۱۵/۳۷	۰/۲۴	۰/۰۰۲
علائم وسواسی	۱۶۰	۹/۸۴	۴/۶۱		

بر اساس نتایج جدول فوق، باورهای فراشناختی همبستگی مثبت و معناداری با علائم وسواسی دارد ($r=0/24, p<0/05$). در نتیجه فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه بین باورهای فراشناختی با علائم وسواسی رابطه وجود دارد پذیرفته می شود؛ بنابراین با توجه به این یافته ها هرچه باورهای فراشناختی در فرد بیشتر باشد، میزان علائم وسواسی در او شدیدتر خواهد بود.

فرضیه دوم پژوهش: بین راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی رابطه وجود دارد.

جدول ۳: بررسی رابطه راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی

متغیرها	N	میانگین	انحراف معیار	R	سطح معناداری
راهبردهای کنترل فکر	۱۶۰	۵۴/۸۹	۱۸/۶۶	۰/۱۶	۰/۰۴
علائم وسواسی	۱۶۰	۹/۸۴	۴/۶۱		

بر اساس نتایج جدول فوق، راهبردهای کنترل فکر همبستگی مثبت معناداری با علائم وسواسی دارد ($r=0/16, p<0/05$). در نتیجه فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه بین راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی رابطه وجود دارد، پذیرفته می شود.

برای پیش بینی علائم وسواسی بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر از آزمون رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شد؛ که متغیر علائم وسواسی به عنوان متغیر ملاک و متغیرهای باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر به عنوان متغیرهای پیش بین وارد معادله شدند.

جدول شماره ۴: رابطه بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی

متغیر	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف استاندارد
باورهای فراشناختی	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۰۵	۴/۴۸

نتیجه آزمون مذکور نشان داد که تنها متغیر فراشناختی وارد معادله گردید، که این متغیر می تواند به تنهایی حدود ۵٪ از متغیر علائم وسواسی را تبیین کند و متغیر راهبردهای کنترل فکر به دلیل معنادار نبودن از معادله حذف گردید.

جدول شماره ۵: نتیجه آزمون آنالیز واریانس مربوط به باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکری با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۲۰۱/۸۰	۱	۲۰۱/۸۰		
مقدار باقیمانده	۳۱۷۷/۹۸	۱۵۸	۲۰/۱۱	۱۰/۰۳	$p=۰/۰۰۲$
جمع کل	۳۳۷۹/۷۸	۱۵۹			

باتوجه به جدول فوق، بین متغیر باورهای فراشناختی با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی رابطه معنی داری به دست آمد. ولی رابطه معنی داری بین راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی بدست نیامد.

جدول شماره ۶: ضرایب باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی

متغیر	ضریب غیراستاندارد		ضریب استاندارد	
	مقدار B	اشتباه استاندارد	مقدار T	سطح معنی داری
ثابت	۶/۴۵	۱/۱۳	۵/۷۳	$p<۰/۰۰۰$
باورهای فراشناختی	۰/۰۷	۰/۰۲	۳/۱۷	$p=۰/۰۰۲$

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی بود. یافته فرضیه اول، مبنی بر اینکه بین باورهای فراشناختی با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی رابطه وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات انجام شده هماهنگ می‌باشند. مطالعات مختلفی از نقش علی فراشناخت در ایجاد و تداوم اختلالات روانشناختی، به ویژه اختلال وسواس حمایت می‌کنند (ولز و فیشر، ۲۰۰۹). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، که سه خرده مقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، نیاز به کنترل افکار و اطمینان شناختی، قویترین پیش‌بینی کننده های علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی هستند. یافته های این پژوهش با نتایج مطالعه محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) همسو می‌باشد. در همین راستا نتایج بررسی (کوهن و کالاماری، ۲۰۰۴) نشان می‌دهد؛ که باورهای مثبت درباره نگرانی با علائم وسواسی ارتباط دارد. بررسی رابطه باورهای فراشناختی خاص با علائم جداگانه وسواس نشان داد: که باورهای مثبت درباره نگرانی، قوی ترین پیش‌بینی کننده علائم وسواسی و بیشترین همبستگی را با علائم کندی نشان داد. این یافته با مدل فراشناختی وسواس (ولز، ۲۰۰۰) و (ولز و ماتیسوس، ۱۹۹۴) و یافته‌های سایر مطالعات (هاتون، ۱۹۹۷) و (هرمانس و ولز، ۲۰۰۳) هماهنگ است. یافته فرضیه دوم، مبنی بر اینکه بین راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی رابطه وجود دارد. یافته پژوهشی که همسو با یافته این فرضیه پژوهشی باشد یافت نشده است اما میزان رابطه‌های یافت شده تفاوت چندانی با میزان ۲ بحرانی نداشته است. یافته‌های پژوهش حاضر، تلویحات علمی مهمی در برنامه ریزی درمان و نظریه پردازی درباره اختلال وسواس دارد. از لحاظ درمانی با توجه به یافته‌های این پژوهش، شناسایی و تغییر باورهای فراشناختی مرتبط با باورهای مثبت درباره نگرانی، نیاز به کنترل افکار و اطمینان شناختی باید در درمان اختلال وسواس مورد توجه قرار گیرد. همچنین میتوان از پرسشنامه باورهای فراشناختی برای شناسایی افراد مستعد به اختلال استفاده کرد و با ایجاد تغییر در باورهای فراشناختی که

در عمل به تداوم علائم وسواسی منجر می شود، از بروز علائم وسواسی پیشگیری کرد. در سطح نظری یافته‌های حاضر از مدل-های فراشناختی اخیر (ولز و همکاران، ۲۰۰۴؛ ولز و متیوز، ۱۹۹۴؛ پوردون، ۱۹۹۹) حمایت می‌کنند. این نظریه‌ها اظهار می‌دارند که باورهای درباره فرایندهای فکری نقش مهمی در فرآیندهای شناختی ناکارآمد، ناشی از علائم وسواسی اجباری ایفا می‌کنند. ولز در مدل فراشناختی (۱۹۹۷، ۲۰۰۴) استدلال می‌کنند که باورهای فراشناختی پردازش اطلاعات را هدایت می‌کنند و موجب ارزیابی‌ها و پاسخ‌های ناکارآمد می‌شود. یافته‌های این پژوهش، آسیب شناسان روانی، روان شناسان بالینی و روان پزشکان رابه این نکته ارجاع می‌دهد که تأکید کلاسیک بر محتوای نگرانی و افکار بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی تبیین کننده پیچیدگی‌های این اختلال نیست و شاید به همین دلیل است که درمان‌های رایج این اختلال کم‌اثربخش بوده است. احتمالاً باورهای فراشناختی از جمله عوامل آغازگر و نگهدارنده علائم در این اختلال می‌باشند، موضوعاتی که باید در درمان این گروه از بیماران مورد توجه قرار گیرد. لذا پیشنهاد می‌گردد به اساتید و خانواده‌های دانشجویان در زمینه‌های باورهای فراشناختی، فرانگرانی و راهبردهای کنترل فکر در زمینه پیشگیری در آسیب‌های اجتماعی احتمالی و تبیین عوامل ایجاد کننده این ویژگی‌ها برای آنان. همچنین ارائه نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش در جلسات آموزشی اساتید و خانواده‌های دانشجویان.

منابع و مأخذ

۱. ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۶). ارتباط باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی. دانشور رفتار، ۱۴(۲۵): ۱-۱۰.
۲. استکتسی، گایل (۱۹۷۹). روشها و درمان اختلال وسواس فکری و عملی (چاپ اول). ترجمه حسن تونزنده جانی، نسرین کمال پور (۱۳۷۷). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
۳. انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی DSM V (چاپ اول). ترجمه محمدرضا نابینیان، اسماعیل بیابانگرد، محمدابراهیم مداحی (۱۳۷۵). تهران: نشر دانشگاه شاهد.
۴. شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ غنی زاده، احمد؛ تقوی، محمدرضا (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱(۵۲): ۴۴۵-۴۶۱.
5. Abarmowitz, j. S; whiteside, s and kalsky, s. a. (2003). Tolin da. Thought control strategies in obsessive – compulsive disorder: a replication And extension. Behavior researcher and therapy, 41: 529-554.
6. Alimoradi, L. (2011). The Effectiveness of wells meta cognitive model in The Treatment of on obsessive – compulsive disorder case. Paper presented at The world congress of cognitive psychotherapy " clinical science," islanbul, Turkey.
7. Allott, R.; wells, A; Morrison, A.P and walker, R (2005) Distress in Parkinson's disease: contributions of disease factors and meta cognitive style. British Journal of psychiatry: 187-183.
8. American Association of psychiatry. (1994). Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (4 th ed., text rev.). washington : DC: author
9. American Association of Psychiatry. (2000). Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (4 th ed., text rev.). Wasyhington :DC: Author.
10. Amir, NN., cashman, L.; Foa, E. B (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 35: 775-777.

11. Hermans, D.; Martens K.; DeCort K.; Pieters G, and Eelen P. (2003). Behavior Research and Therapy. Reality monitoring and met cognitive beliefs Related to cognitive confidence in obsessive- compulsive disordered. Behaviour Research and Therapy.41: 383-401.
12. Pascalis, V.; Fiore, A and Sparita, A. (1996). Personality, Event-Related Potential & Heart Rate :An Investigation of Grays Theory. Person, Individ. Diff, 20(6): 733-746.
13. Purdon C, C. (1999). Meta cognition and obsession. clinical Psychology and Psychotherapy.30: 102-110.
14. Rachman, S. (1980). Emotional processing. Behavior Research and Therapy, 18, 51-60.
15. Rachman, S. (1993). Obsessin, responsibility and guilt. Behavior Research and Therapy, 31: 149-154.
16. Rachman, S, Desilva P. Abnormal and normal obsession. Behaviour Research and Therapy; 3: 89-99.
17. Wells, A & Meina, L. J. (2008). Development and preliminary validation of the Negative Beliefs about rumination Scale. Manuscript in preparation.
18. Wells, A and Cartwright- Hatton. S. (2004). A short form of the meta cognition Questionnaire: Properties of the MCQ 30. Behavior Research and Therapy. 42: 385-396.
19. Wells, A and Davies, M. (1994). The Thought Control Questionnaire :A measure of individual Differences in the control of unwanted thought. Behaviour Research and Therapy.; 32: 871-878.
20. Wells, A and Matthews, G. (1994). Attention and emotion :A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum.
21. Wells, A and Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model.. Behaviour Research and Therapy.32: 867-870.
22. Wells, A and Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive image following stress. Behaviour Research and Therapy, 33: 579-583.
23. Wells, A and Papageorgiou, C. (1998). Relationship between worry, obsessive – compulsive symptoms, and meta –cognitive beliefs.. Behaviour Research and Therapy.3: 899-913.
24. Wells, A. (1995). meta–cognition and worry :A cognitive and model of generalized anxiety disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 23: 301-320.
25. Wells, A. (1997). cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Chichester UK: Wiley.
26. Wells, A. (2000). Emotional disorder and Meta cognition. Innovative cognitive therapy for anxiety and depression. New York: the Guilford Press. Salkovskis p. Obsessive – compulsive disorder, in science and practice of cognitive behavioral therapy, C.G. Fairburn Editor. Oxford university press: New York.

Predicting Compulsive Signs based on Meta-Cognitive Beliefs and Thought Control Strategies in a Nonclinical Population

Fattaneh Aghae¹, Raziye Alimoradi Dokouhi², Samira Mokhtari Zazrani³

1. M. A in Department of Clinical Psychology, Psychological Counseling Bureau of Hormozgan University of Medical Sciences, Bandarabbas, Iran

2. M. A in Department of Clinical Psychology, College of Islamic Azad University Sirjan, Kerman, Iran

3. M. A in Department of General of the Soul, Psychological Counseling Bureau of Hormozgan University of Medical Sciences, Bandarabbas, Iran

Abstract

The present study was aimed to predict compulsive signs based on meta-cognitive beliefs and thought control strategies in a nonclinical population. Research method was correlational and descriptive. The statistical population of the present research consisted of all students of Torbat Heydarieh Medical Sciences University; using a simple random sampling method, 160 students were selected as sample size. In order to collect data, meta-cognition questionnaires (MCQ-30), thought control strategies (TCQ), and Madzeli obsessive compulsive disorder (MOCI) were used. Research data were analyzed through SPSS-21 software, using a correlation and step-by-step regression method. Results showed that there is a positive and significant relationship between meta-cognitive beliefs and compulsion signs. Sub-scales such as positive beliefs about worries, the need to control thoughts and cognitive certainty are the strongest predictors of compulsion signs in a nonclinical population. In addition, in this research, there was not a significant relationship between the total score of thought control strategies and compulsion signs. Research findings, supporting a meta-cognitive model of compulsion, show that meta-cognitive beliefs play an important role in compulsion signs. Therefore, it can be concluded that changing inefficient meta-cognitive beliefs and replacing adaptive confrontation strategies, instead of maladaptive strategies, can help to control compulsion signs in individuals.

Keywords: meta-cognitive beliefs, thought control strategies, obsessive compulsive disorder
