

مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و حل مسئله در دو گروه از نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی (عادی)

بهرام میرزائیان^۱، رمضان حسن‌زاده^۲، نرگس خیراندیش^۳

^۱عضو هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

^۲عضو هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

^۳کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

چکیده

باورهای فراشناختی بر نحوه‌ی تنظیم افکار و پاسخ‌دهی فرد به افکار تأثیر گذاشته و می‌تواند خودتنظیمی را موجب گردد. تجربه‌ی رویدادهای آسیب‌زای روان‌شناختی می‌تواند باورهای فراشناختی را مختل کرده و باورهای فراشناختی ناسالم را موجب گردد؛ باورهای فراشناختی ناسالم می‌تواند اختلال در حل مسئله را هم موجب گردد. در پژوهش حاضر به مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و حل مسئله در دو گروه از نوجوانان پرورشگاهی و نوجوانان غیر پرورشگاهی پرداخته شد. به همین منظور ۴۱ نفر (۲۶ پسر و ۱۵ دختر) نوجوانان پرورشگاهی به صورت تصادفی انتخاب شدند و نیز ۴۱ نفر نوجوانان غیر پرورشگاهی به شکل همتاسازی از نظر جنس (۲۶ پسر و ۱۵ دختر) انتخاب گردیدند و جهت بررسی هم‌تا بودن سن و تحصیلات دو گروه از آزمون‌های همتاسازی استفاده شد. طبق یافته‌های پژوهش بین باورهای فراشناختی و حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین باورهای فراشناختی و حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی رابطه‌ی معناداری وجود دارد. یعنی بین باورهای فراشناختی ناسالم و حل مسئله همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ولی بین باورهای فراشناختی سالم و حل مسئله همبستگی مثبتی و معناداری وجود دارد. یعنی با افزایش میزان باورهای سالم فراشناختی حل مسئله هر دو گروه افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، باورهای فراشناختی ناسالم، حل مسئله، نوجوانان پرورشگاهی، نوجوانان غیر پرورشگاهی

مقدمه

باورهای فراشناختی^۱، باورها و نظریاتی هستند که افراد درباره‌ی تفکر خود دارند (ولز، ۲۰۰۰؛ به نقل از سیف و خادمی، ۱۳۸۹). این باورها می‌توانند بر شیوه‌های پاسخ‌دهی فرد به افکار، رفتارها و هیجان‌ها تأثیر گذاشته و موجب خودتنظیمی^۲ شوند (ولز^۳، ۲۰۰۰). بنا به شرایط و عواملی این باورهای فراشناختی مختل شده و تشکیل مجموعه‌ای از فراباورهای ناسازگارانه در مورد افکار و احساسات درونی داده و موجب خودتنظیمی ناسالم^۴ در فرد می‌شوند (ولز و ماتیوز^۵، ۱۹۹۶).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوجوانان پرورشگاهی از جمله گروه‌هایی هستند که در معرض خطرات جدی قرار دارند و اغلب دچار افسردگی، ارتباطات اجتماعی ضعیف، اختلالات رفتاری و اختلال در سازگاری و روابط موثر بین فردی می‌باشند (کلیگمن و جنسن ۲۰۰۲؛ به نقل از بیات و مکاران، ۱۳۸۶).

سلامتی جسمی و روانی نوجوانان محور فعالیت‌های بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی همچون سازمان بهداشت جهانی^۶ (WHO) و یونیسف^۷ است که تأمین آن در فرایند توسعه‌ی ملی بسیار مهم و تعیین‌کننده می‌باشد (بیات، ۱۳۸۹). بنابراین می‌توان گفت حمایت از نوجوانان و ارتقای سلامت روان شناختی آنان پیش‌شرطی برای توسعه‌ی آتی بشریت می‌باشد.

ادبیات نظری

تعریف ماهیت فراشناخت

از فراشناخت تعاریف گوناگونی ارائه شده است: آگاهی شخص از فرایندها و راهبردهای شناختی (مسترز، ۱۹۸۱، به نقل از ولز، ۲۰۰۰). تفکر درباره تفکر (براون، ۱۹۸۴؛ به نقل از گلاور و برونینگ^۸، ۱۹۹۰). دانش و کنترلی که در مورد تفکر و فعالیت‌های یادگیری اعمال می‌شود (کراس و پاریس^۹). هرگونه دانش یا فعالیت‌های شناختی که موضوع آن شناخت یا تنظیم شناخت است (فلاول، ۱۹۷۹، به نقل از ولز، ۲۰۰۰).

تعریف ماهیت حل مسئله

حل مسئله یک بخش اساسی از زندگی ما را تشکیل می‌دهد. اغلب تصمیماتی که ما روزانه اتخاذ می‌کنیم نوعی حل مسئله است. حل مسئله هدف همه‌ی فرایندهای شناختی و درک مفهومی است و به ما کمک می‌کند تا خود را با محیط و شرایط پرچالش آن تطبیق دهیم (سیگلر^{۱۰}، ۲۰۰۵). بنابر نظر دلوچه^{۱۱} و همکاران، مسئله شامل اتخاذ یک راهبرد زمانی که مانع یا موانعی رسیدن به هدف را غیر ممکن می‌کند و نتیجه‌ی آن حل مسئله می‌باشد (دلوچه و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از گارتون^{۱۲}، ۲۰۰۳).

¹ Metacognitive Beliefs

² Self-Regulation

³ Wells

⁴ Unself-Regulation

⁵ Wells & Matthews

⁶ World Health Organization

⁷ Unicef

⁸ Glaver & Brouning

⁹ Cross & Paris

¹⁰ Siegler

¹¹ Deloache

¹² Garton

نقش محیط اجتماعی در رشد شناختی نوجوانان از دیدگاه روان شناسان

نوجوانی، به معنای رشد به سوی رسیدگی است. رسیدگی سن یا حالت یا وضعیتی از حیات است که در آن فرد به رشد فیزیکی، جنسی، هیجانی، اجتماعی و اخلاقی و شناختی دست می‌یابد (رایس، ۲۰۰۱، ترجمه فروغان، ۱۳۸۸). بنابر نظریه روان شناسان یکی از مهمترین ابعاد رشدی دوره ی نوجوانی، رشد شناختی است. پیاز، در پژوهش های خود نقش محیط اجتماعی را در فرایند رشد شناختی بسیار مهم می داند و تاکید کرد که محیط اجتماعی می‌تواند رشد شناختی را تسریع کند یا به تاخیر بیندازد (پیاز، ۱۹۷۱؛ به نقل از رایس، ۲۰۰۱). بنابر نظریه ی ویگوتسکی^۱، (۱۹۸۷) همه ی فرایندهای عالی روان شناختی، ریشه در تعاملات اجتماعی دارند و فرهنگ ها نیز نقش بسزایی در رشد شناختی دارند (نقل از سیگلر و واگنر، ۲۰۰۵، ترجمه خرازی، ۱۳۸۶).

خانواده های سالم و ویژگی های آنها

روابط خانوادگی، نخستین و پایدارترین روابط اجتماعی محسوب می شود و تأثیر چشمگیری بر شایستگی، خودکارآمدی بالا، انعطاف پذیری^۲ و احساس خوشبختی کودک دارد. برای بیشتر افراد، این عوامل خانوادگی، مثبت و سودمند هستند و منبع اولیه ی حمایت و مهرورزی به شمار می آیند که زمینه را برای داشتن روابطی خوب و رسیدن به خوشبختی در تمام عمر فراهم می آورند. اما گروهی از افراد شاهد حوادث و تجربه های خانوادگی عمیقاً منفی و زیان بخش هستند. بافت خانوادگی ناسالم می‌تواند زمینه ی شدیدترین خشونت ها را در جامعه فراهم آورد (نقل از مش^۳، ۲۰۰۵، ترجمه مظفری مکی آبادی و عدل، ۱۳۸۹).

پژوهش های داخل کشور

در پژوهشی، با عنوان رابطه ی باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی که توسط محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸)، صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی رابطه ی مثبت و معنی داری به دست آمد به عبارتی با افزایش باورهای فراشناختی علائم وسواسی افزایش می یافت. همچنین در پژوهشی دیگر، با عنوان رابطه ی باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان که توسط عاشوری، وکیلی، بن سعید، نوعی (۱۳۸۸)، صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که بین نمرات افراد در مقیاس های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد به عبارتی با افزایش نمره ی فرد در مقیاس فراشناختی، وضعیت سلامت عمومی وی بدتر می شد.

در همین راستا پژوهشی با عنوان مقایسه ی باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی که توسط خانی پور، سهرابی، طباطبایی (۱۳۹۰)، صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه از لحاظ سه متغیر باورهای فراشناختی مثبت درباره ی نگرانی، باورهای کنترل پذیری و خطر و راهبرد کنترل فکر تفاوت معناداری به دست آمد.

و در پژوهشی دیگر با عنوان مقایسه باورهای فراشناختی، نگرانی و حل مسئله ی اجتماعی در بیماران مضطرب و افسرده که توسط کزج (۱۳۸۵)، صورت گرفته نتایج پژوهش نشان داد که گروه مضطرب نمرات بالاتری از بیماران افسرده در باورهای فراشناختی و نگرانی به دست آوردند. گروه افسرده در حل مسئله ی اجتماعی پایین تر از گروه مضطرب نمره آوردند.

همچنین در پژوهش دیگر با عنوان رابطه ی باورهای فراشناختی ناسالم با موفقیت تحصیلی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان که توسط ابوالقاسمی، گلیپور، نریمانی، قمری (۱۳۸۸)، صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد بین باورهای فراشناختی ناسالم با موفقیت تحصیلی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان رابطه ی منفی معناداری دارد و بین باورهای

¹ Vygotsky

² Resolience

³ Mash

فراشناختی مختلف و شدت اضطراب امتحان همبستگی مثبت و معناداری به دست آمد. این نتایج حاکی از آن است که با افزایش باورهای فراشناختی مختلف موفقیت تحصیلی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان کاهش می‌یابد. در همین راستا در پژوهشی که توسط هاشمی، محمودعلیلو، هاشمی نصرت آبادی (۱۳۹۰)، با عنوان اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی صورت گرفته است نشان داد پیش از درمان میانگین نمرات افسردگی و باورهای فراشناختی بالا بود و درمان تغییرات قابل توجهی در علائم افسردگی و باورهای فراشناختی شد و موجب کاهش و بهبود علائم بیماری شد.

پژوهش های انجام شده در خارج کشور

در پژوهش اسپادا و ولز^۱ (۲۰۰۵)، با عنوان رابطه‌ی باورهای فراشناختی و مصرف الکل و می بارگی مشکل ساز صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد بین باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی و باورهای منفی درباره کنترل پذیری و خطر، رابطه‌ی معنادار و مثبتی است. همچنین بین اطمینان شناختی پایین و باورهای مربوط به لزوم کنترل افکار، به طور معناداری مصرف الکل را پیش بینی می‌کردند.

همچنین در پژوهش نیوو، مونتوری و بورکوک^۲ (۲۰۰۴)، با عنوان رابطه‌ی باورهای فراشناختی و نگرانی در نمونه ای از افراد سالخورده اسپانیایی صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که رابطه‌ی معنادار و مثبتی بین باورهای فراشناختی و نگرانی وجود دارد.

در همین راستا پژوهش رولوفس و گربر و هیبرز و پیترز^۳ (۲۰۰۷)، با عنوان رابطه‌ی باورهای فراشناختی و افسردگی در دانشجویانی هلندی صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد بین باورهای فراشناختی و افسردگی رابطه‌ی معنادار و مثبتی وجود دارد.

و در پژوهش راسیس و ولز^۴ (۲۰۰۶)، با عنوان رابطه‌ی باورهای فراشناختی و راهبرد کنترل فکر نگرانی و علائم استرس آسیب زا صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد که تمایل به استفاده از نگرانی به عنوان راهبردی برای کنترل فکر در رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی و علائم، میانجی گری کرد ولی استفاده از نگرانی، در رابطه با باورهای منفی درباره نگرانی و علائم استرس میانجی گری نمی‌کرد.

همچنین اسپادا، نیکسوویچ، مونتوا و ولز^۵ (۲۰۰۷)، با عنوان بررسی رابطه‌ی باورهای فراشناختی و هیجان و وابستگی به سیگار صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که بین باورهای فراشناختی و هیجان وابستگی به سیگار رابطه‌ی معنادار و مثبتی وجود دارد.

پژوهش های انجام شده رابطه با حل مسئله

پژوهش های داخل کشور

در پژوهش محمدی (۱۳۸۳)، بین حل مسئله و سلامت عمومی رابطه‌ی معنادار و مثبتی است یعنی با بالا رفتن توانایی حل مسئله، سلامت عمومی افزایش می‌یابد.

همچنین در پژوهش بذل (۱۳۸۳)، با عنوان رابطه‌ی حل مسئله با میزان سازگاری دانش آموزان صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که بین حل مسئله و میزان سازگاری رابطه‌ی معنادار و مثبتی وجود دارد. همچنین بین سطح اقتصادی دانش آموزان و حل مسئله رابطه‌ی معنادار مثبتی وجود دارد. معنی با بالا رفتن حل مسئله، میزان سازگاری دانش آموزان افزایش می‌یابد. در پژوهش عابدینی، آخوندی زاده، احمدی طهران (۱۳۸۹)، با عنوان رابطه‌ی حل مسئله با مکانیزم های

¹ Spada & Wells

² Nuevo & Montorio & Borkovec

³ Roleofs & Gerber & Peetrs

⁴ Roussis & Wells

⁵ Spada & Nicosovich & Monta & Wells

یادگیری دانشجویان صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که بین حل مسئله و مکانیزم های یادگیری رابطه‌ی معنادار و مثبتی وجود دارد یعنی با بالا رفتن حل مسئله مکانیزم های یادگیری افزایش می‌یابد. و در پژوهش زاهرکار، رضا زاده، احقر (۱۳۸۹)، با عنوان اثر آموزش توانایی حل مسئله بر خودکارآمدی دانش آموزان دختر نوجوان صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که آموزش حل مسئله باعث افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دختر نوجوان شد.

پژوهش های خارج از کشور

در پژوهش هینر (۲۰۰۶)، با عنوان رابطه‌ی توانایی حل مسئله و تصمیم گیری با سلامت روان صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که حل مسئله یکی از شاخصه های سلامت روانی است و بین آنها رابطه‌ی معنادار و مثبتی وجود دارد و با افزایش حل مسئله سلامت روانی افراد افزایش می‌یابد. همچنین در پژوهش نزو^۱ (۱۹۹۶)، با عنوان و تأثیر آموزش توانایی حل مسئله در مقابله ی سازگاران با موقعیت های مشکل ساز نوجوانان صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد که آموزش توانایی حل مسئله باعث افزایش مقابله ی سازگاران در موقعیت های مشکل ساز می شود. و در پژوهش جنیوری^۲ (۲۰۰۳)، با عنوان رابطه‌ی حل مسئله و خودکارآمدی با سلامت روان صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داده که توانایی حل مسئله و خودکارآمدی جنبه های مختلف سلامت روان را تعدیل و افزایش می دهد و در نتیجه بین آنها رابطه‌ی معنادار و مثبتی وجود دارد.

پژوهش های انجام شده درم ورد نوجوانان پرورشگاهی

در بین پژوهش های انجام شده در داخل کشور، پژوهش های محدودی درباره‌ی کودکان و نوجوانان پرورشگاهی وجود دارد که به این پژوهش ها اشاره می کنیم.

پژوهش های داخل کشور

در پژوهش بیت، نادری فر، میری و فروغی (۱۳۸۶)، با عنوان بررسی سلامت اجتماعی کودکان ۱۱-۷ ساله پرورشگاهی شهر تهران صورت گرفته است نتایجی پژوهش نشان داد که کودکان پرورشگاهی از نظر سلامت اجتماعی جز گروه های پر خطر محسوب می شوند. نتایج حاکی از آن است که دلیل این که کودکان پرورشگاهی در زندگی خود با حوادث ناگوار، خشونت ها و ناپایداری های خانوادگی روبرو بوده اند سازگاری و سلامت اجتماعی آنها ضعیف است. همچنین در پژوهش فتحی و همکاران (۱۳۷۸)، با عنوان بررسی سلامت اجتماعی کودکان ۱۲-۶ ساله پرورشگاهی شهر تهران صورت گرفته است نتایجی پژوهش نشان داد ۸۰/۳ درصد این کودکان دارای رشد اجتماعی متوسط و ضعیف بودند. و در پژوهش بوستانی و تشکری (۱۳۷۵)، با عنوان بررسی سلامت اجتماعی کودکان ۱۲-۷ ساله شهر شیراز صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد رشد اجتماعی این کودکان در حد متوسط و ضعیف است. همچنین در پژوهش بیات، حیرانی، شاهسواری، میری و نادری فر (۱۳۸۹)، با عنوان بررسی اختلالات جسمی کودکان ۱۱-۷ ساله ی پرورشگاهی شهر تهران صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد کودکان پرورشگاهی از نظر سلامت جسمی جزء گروه های پر خطر محسوب می شوند. نتایج حاکی از آن است این کودکان در زندگی خود با مشکلاتی چون فقر، تک والدی بودن، پایین بودن سطح تحصیلات والدین، پایین بودن مراقبت های بهداشتی، حمایت جسمی و روانی ضعیف، محیط زندگی، نامطلوب، سوء مصرف مواد توسط والدین عملکرد نادرست خانواده روبرو بوده اند دارای سلامت جسمی پایین هستند.

¹ Nezu

² January

پژوهش های خارج کشور

در پژوهش سیمسک، ارل، از تپ^۱ (۲۰۰۷)، با عنوان مقایسه‌ی مشکلات رفتاری و احساسی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد بین مشکلات رفتاری و احساسی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که مشکلات رفتاری و احساسی نوجوانان پرورشگاهی نسبت به نوجوانان غیر پرورشگاهی بیشتر است.

همچنین در پژوهش بهرمان و چنسن و نلسن^۲ (۲۰۰۱)، با عنوان بررسی اختلالات سلامت جسمی کودکان و نوجوانان پرورشگاهی صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد سلامت جسمی کودکان و نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی در حد ضعیفی است. نتایج آنان در دوران شیرخوارگی، وضعیت بد بهداشتی آنان، اختلال در روابط عاطفی کودک و والدین آنان در دوران شیرخوارگی است.

و در پژوهش هانسن، بارتن، متکالف^۳ (۲۰۰۴)، با عنوان بررسی سلامت جسمی و بهداشت روانی کودکان پرورشگاهی صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد سلامت جسمی و بهداشت روانی کودکان پرورشگاهی دارای اختلال است. نتایج پژوهش حاکی از آن است تجارب ناگواری نظیر سوء مصرف مواد توسط والدین، از دست دادن والدین و نداشتن سرپرست، فقر و وضعیت اقتصادی پایین، آزار های جسمی و جنسی، آسیب های محیطی در دوران کودکی موجب بروز مشکلات جسمی و روانی اجتماعی در آن ها می شود. بنابراین، این کودکان جز گروه های در معرض خطر قرار دارند.

روش تحقیق

روش مورد استفاده در این پژوهش، روش علی-مقایسه ای^۴ است. هدف از روش علی-مقایسه ای یافتن علت های احتمالی یک الگوی رفتاری می باشد. بدین منظور، آزمودنی هایی که دارای رفتار مورد مطالعه هستند با آزمودن هایی که این رفتار در آنها مشاهده نمی شود، مقایسه می شود این روش را غالباً «پس رویدادی»^۵ می نامند (دلاور، ۱۳۸۳).

به عقیده کرلینجر (۱۹۷۰) پژوهش پس رویدادی است که در آن متغیر یا متغیرهای مستقل قبلاً اتفاق افتاده اند و پژوهشگر با مشاهده متغیرهای وابسته آنها را مورد مطالعه قرار می دهد یعنی پژوهشگر با مطالعه ی متغیر وابسته پی به متغیر مستقل می برد (حسن زاده، ۱۳۸۷).

به اعتقاد دلاور (۱۳۷۸) در تفسیر یافته روش علی-مقایسه ای محدودیت وجود دارد، زیرا پژوهشگر نمی داند که یافته‌های پژوهش نتیجه یک علت خاص هستند یا از الگوی رفتاری دیگری ناشی شده اند. گرچه اساساً روش علی-مقایسه ای برای پژوهش در روابط علی به کار می رود اما از آن روش می توان برای تعیین اثر اختلاف های مشاهده شده در بین گروه ها نیز استفاده کرد (هومن، ۱۳۷۳؛ به نقل از زمانی، ۱۳۷۷).

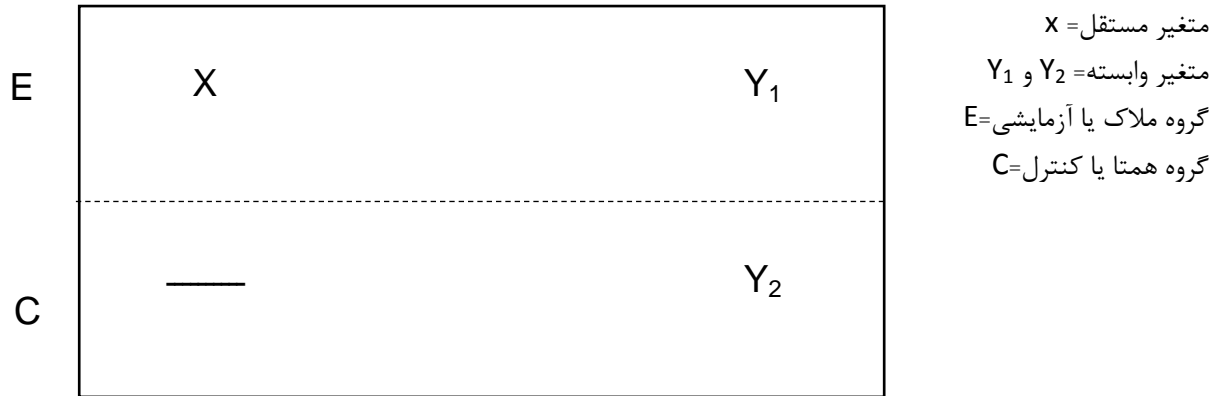
^۱ Simseck & Erol & Oztep

^۲ -Behrman & Jenson & Nelson

^۳ - Hansen & Barton & Metcalf

^۴ Causal- Compative

^۵ Ex Post Facto Research



شکل ۱ - دیاگرام طرح پژوهش علی - مقایسه ای

اهداف پژوهش

الف-هدف کلی در پژوهش حاضر، مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و حل مسئله در بین دو گروه از نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی است.

ب-اهداف جزئی

مقایسه باورهای فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی

مقایسه‌ی مولفه های فراشناخت نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی

مقایسه‌ی توانایی های حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی

مقایسه مولفه های حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تعیین رابطه‌ی باورهای فراشناختی و توانایی حل

مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی

متغیرهای پژوهش

الف)متغیر مستقل: پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی بودن.

ب)متغیر وابسته: باورهای فراشناختی و حل مسئله

ج)متغیر مداخله گر: شرایط اجتماعی و اقتصادی، عوامل شخصیتی، سوابق تحصیلی

سوال های پژوهش

۱- آیا بین باورهای فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد؟

۲- آیا بین مولفه های فراشناخت نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد؟

۳- آیا بین حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد؟

۴- آیا بین مولفه های حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد؟

۵- آیا بین باورهای فراشناختی و حل مسئله در بین دو گروه از نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی رابطه وجود دارد؟

فرضیه های پژوهش

- ۱- بین باورهای فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین حل مسئله ی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد.
- ۳- بین مولفه های فراشناخت نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد.
- ۴- بین مولفه های حل مسئله ی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد.
- ۵- بین باورهای فراشناختی و حل مسئله ی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی رابطه وجود دارد.

تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها

فرضیه ۱: بین باورهای فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد.

جدول ۱. آماره های آزمون t باورهای فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی

α	t_p	df	t_m	SD	M	N	گروه ها شاخصی آماری
.	۲	۸۰	۱۰,۹۹	۱۶,۷۱	۷۹,۱۷	۴۱	پرورشگاهی
				۱۰,۶۶	۳۵,۱۴	۴۱	غیر پرورشگاهی

تفسیر: چون t محاسبه شده ($t_m=10,99$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0,05$) و درجه آزادی ۸۰ از مقدار جدول بحرانی ($t_p=2$) بزرگ تر است بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق تایید می شود. و نتیجه می گیریم که بین میانگین باورهای فراشناختی دو گروه نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معنادار وجود دارد. از آن جایی که پرسشنامه فراشناخت میزان باورهای فراشناخت ناسالم آزمودنی ها را اندازه می گیرد، لذا باورهای فراشناخت ناسالم نمونه های پرورشگاهی بیشتر از نمونه های غیر پرورشگاهی است.

فرضیه ۲: بین حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد.

جدول ۲. آماره های آزمون t حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی

α	t_p	df	t_m	SD	M	N	شاخص آماری گروه ها
.	۲۵	۸۰	۹,۲۶۵	۳۱,۰۶	۷۶,۶۸	۴۱	پرورشگاهی
				۳۰,۹۵	۱۴۰,۳۴	۴۱	غیر پرورشگاهی

تفسیر: چون t محاسبه شده ($t_m=9,265$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0,05$) و درجه آزادی ۸۰ از مقدار جدول بحرانی ($t_p=2$) بزرگ تر است بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود. و نتیجه می گیریم که بین میانگین دو گروه پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معنادار وجود دارد. و از روی مقادیر جدول ۲، حل مسئله نمونه های غیر پرورشگاهی بیشتر از پرورشگاهی است.

فرضیه ۳: بین مولفه های فراشناخت نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد.

جدول ۳. آماره های آزمون t مولفه های باورهای فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی

α	t_p	df	t_m	SD	M	N	شاخص آماری گروه ها	مولفه های باورهای فراشناخت
.	۲	۸۰	۷۰,۷۱۸	۳,۵۴	۱۵,۰۵	۴۱	پرورشگاهی	اعتماد شناختی
				۳۰,۹۵	۱۴۰,۳۴	۴۱	غیر پرورشگاهی	
.	۲	۸۰	۱۱,۶۷۶	۲,۶۶	۱۱,۴۶	۴۱	پرورشگاهی	خودآگاهی
				۴,۰۸	۱۳,۷۶	۴۱	غیر پرورشگاهی	
.	۲	۸۰	۹,۱۴۶	۴,۰۸	۱۳,۷۶	۴۱	پرورشگاهی	باورهای مثبت
				۳,۱	۱۱,۹	۴۱	غیر پرورشگاهی	

۰	۲	۸۰	۹,۵۰۲	۳,۱	۱۱,۹	۴۱	پرورشگاهی	باورهای منفی کنترل پذیری
				۲,۷۸	۵,۷۳	۴۱	غیر پرورشگاهی	
۰	۲	۸۰	۱۱,۴۸۹	۳,۴۴	۱۳,۷۳	۴۱	پرورشگاهی	باورهای کنترل افکار
				۲,۷۶	۵,۸۳	۴۱	غیر پرورشگاهی	

تفسیر: چون t محاسبه شده برای همه مولفه های باورهای فراشناختی، در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0,05$) و درجه آزادی ۸۰ از مقدار جدول بحرانی ($t_p=2$) بزرگ تر است بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود. و نتیجه می گیریم که بین میانگین همه مولفه های فراشناختی بین دو گروه نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معنادار وجود دارد. از آن جایی که پرسشنامه فراشناخت میزان باورهای فراشناخت ناسالم آزمودنی ها را اندازه می گیرد، لذا مولفه های فراشناخت ناسالم نمونه های پرورشگاهی بیشتر از نمونه های غیر پرورشگاهی است.

فرضیه ۴: بین مولفه های حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد

جدول ۴. آماره های آزمون t مولفه های حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی

α	t_p	df	t_m	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص آماره گروه ها		مولفه های توانایی های حل مسئله
							پرورشگاهی	غیر پرورشگاهی	
۰	۲	۸۰	۱۰,۷۳	۱۰,۶۱	۲۲,۲۹	۴۱	پرورشگاهی	اعتماد به حل	
				۱۳,۲۴	۴۸,۹۸	۴۱	غیر پرورشگاهی	مسائل	
۰	۲	۸۰	۷,۸۲۵	۱۴,۱۶	۴۱,۰۷	۴۱	پرورشگاهی	سبک گرایش -	
				۱۵,۲۴	۶۶,۴۹	۴۱	غیر پرورشگاهی	اجتناب	
۰	۲	۸۰	۸,۳۵۱	۷,۴۵	۱۳,۳۲	۴۱	پرورشگاهی	کنترل شخصی	
				۴,۸۱	۲۴,۸۸	۴۱	غیر پرورشگاهی		

تفسیر: چون t محاسبه شده برای همه مولفه های حل مسئله، در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0,05$) و درجه آزادی ۸۰ از مقدار جدول بحرانی ($t_p=2$) بزرگ تر است بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود. و نتیجه می گیریم که بین میانگین همه مولفه های حل مسئله بین دو گروه نوجوانان پرورشگاهی غیر پرورشگاهی تفاوت معنادار وجود دارد. از روی مقادیر میانگین مولفه های حل مسئله، مشاهده می شود که مولفه های حل مسئله نمونه های پرورشگاهی کمتر از نمونه های غیر پرورشگاهی است.

فرضیه ۵: بین باورهای فراشناختی و حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی رابطه وجود دارد.

جدول ۵. آماره های باورهای فراشناختی و حل مسئله

α	r_p	df	r_m	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص آماره مولفه ها		گروه ها
							حل مسئله	باورهای فراشناختی	
۰	۰,۳۰۴	۳۹	-۰,۸۲۹	۱۰,۶۶	۳۵,۱۵	۴۱	حل مسئله	پرورشگاهی	
				۳۰,۹۵	۱۴۰,۳۴	۴۱	باورهای فراشناختی		
۰	۰,۳۰۴	۳۹	-۰,۸۴۸	۱۶,۷۱	۶۹,۱۷	۴۱	حل مسئله	غیر پرورشگاهی	
				۳۱,۷	۷۶,۶۸	۴۱	باورهای فراشناختی		

تفسیر: چون ضریب همبستگی محاسبه شده برای گروه پرورشگاهی $r_m=-0,829$ و برای گروه غیر پرورشگاهی $r_m=-0,848$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0,05$) با درجه آزادی $df=41-2=39$ از ضریب همبستگی جدول بحرانی ($r_p=0,304$) بزرگ تر است بنابراین فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود. یعنی بین باورهای فراشناختی و حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی

و غیر پرورشگاهی رابطه وجود دارد، اما از آن جایی که پرسشنامه فراشناخت میزان باورهای فراشناخت ناسالم آزمودنی ها را اندازه می گیرد بنابراین بین باورهای فراشناختی ناسالم حل مسئله، همبستگی منفی و معنی دار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: بین باورهای فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد. همانطور که در جدول ۱ نشان می دهد. بین میانگین نمرات دو گروه نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معناداری وجود دارد.

در پژوهشی با عنوان رابطه باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان که توسط عاشوری، وکیلی، بن سعید، نوعی (۱۳۸۸)، که روی ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد کرج صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد که بین نمرات افراد در مقیاس های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد به عبارتی با افزایش نمره ی فرد در مقیاس فراشناختی، وضعیت سلامت عمومی وی بدتر می شد.

تبیین مربوط به فرضیه اول

بر طبق مدل نظری فراشناخت، نمرات بالا در پرسشنامه فراشناخت حاکی از وجود باورهای ناسالم در فرد است. بنابراین بزرگتر بودن میانگین نمرات باورهای فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی نشان دهنده ی وجود باورهای فراشناختی ناسالم در آنان است. بنابر پژوهش فراوان، از آن جا که باورهای فراشناختی تأثیر اساسی بر تفکر فرد دارند و پایه و اساس خودتنظیمی سازگار و ناسازگار را تشکیک می دهند به نظر می رسد، نوجوانان پرورشگاهی در مقایسه با نوجوانان غیر پرورشگاهی به دلیل تجارب ناگوار دوران کودکی باورهای ناسالم زیادی را کسب کرده اند و چون راه های مقابله ای سازگار با این باورهای ناسالم را نیاموخته اند باورهای فراشناختی ناسالم در آنان شکل گرفته است.

فرضیه دوم: بین حل مسئله ی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد. همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد، بین میانگین نمرات دو گروه نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معنادار وجود دارد. در پژوهش هینر (۲۰۰۶)، با عنوان رابطه ی توانایی حل مسئله و تصمیم گیری با سلامت روانی که روی نمونه ۱۵۰ نفری صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد بین سلامت روانی با توانایی حل مسئله و تصمیم گیری رابطه ی معنادار و مثبتی است یعنی هر چه توانای حل مسئله در افراد بالاتر رود سلامت روانی فرد بالاتر می رود.

تبیین مربوط به فرضیه دوم

پژوهش های فراوان نشان داده است که حل مسئله توانایی شناختی- رفتاری، عاطفی است که فرد از این توانایی برای سازگاری با چالش های درونی و بیرونی استفاده می کند. به نظر می رسد نوجوانان پرورشگاهی در مقایسه با نوجوانان غیر پرورشگاهی به دلیل تجارب ناخوشایند دوران کودکی و عدم یادگیری سازگاری سالم در موقعیت های حل مسئله، عملکرد پایینی در حل مسئله دارند.

فرضیه سوم: بین مولفه های فراشناخت نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد. همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد، بین میانگین نمرات دو گروه از نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معنادار وجود دارد.

در پژوهش ابوالقاسمی، نریمانی، گلپور، قمری (۱۳۸۸)، با عنوان رابطه ی باورهای فراشناختی با موفقیت تحصیلی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان صورت گرفته است و دارای نمونه ۱۲۰ دانش آموز دبیرستانی بود. نتایج پژوهش نشان داد بین باورهای فراشناختی ناسالم با موفقیت تحصیلی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان رابطه ی معنادار و منفی وجود دارد یعنی با بالا رفتن تمامی مولفه های شناختی و ایجاد باورهای فراشناختی ناسالم در دانش آموزان اضطراب امتحان موفقیت تحصیلی آنان کاهش می یافت.

تبیین مربوط به فرضیه سوم

بر طبق مدل نظری فراشناخت، وجود نمرات بالا در پرسشنامه فراشناخت حاکی از وجود مولفه های فراشناختی ناسالم در فرد است. بنابراین بزرگتر بودن میانگین نمرات مولفه های فراشناختی نوجوانان پرورشگاهی نشان دهنده ی وجود مولفه های فراشناختی ناسالم در آنان است.

بنابر پژوهش های فراوان، مولفه های فراشناختی ناسالم عامل مهمی در تعیین سبک های تفکر ناسازگار و رفتارهای مقابله ای ناسازگار هستند. به نظر می رسد نوجوانان پرورشگاهی در مقایسه با نوجوانان غیر پرورشگاهی به دلیل تجارب ناگوار دوران کودکی و جلوگیری و مقابله با مشکلات احتمالی آتی از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله ای استفاده می کنند. بالاتر بودن میانگین نمرات باورهای فراشناختی مثبت درباره ی نگرانی نوجوانان پرورشگاهی در مقایسه با نوجوان غیر پرورشگاهی نشان دهنده ی این است که نوجوانان پرورشگاهی، از نگرانی به عنوان وسیله ای برای پیش بینی مسایل آتی و تولید روش های مقابله ای استفاده می کنند. بالاتر بودن نمرات باورهای فراشناختی منفی درباره ی خطر نگرانی نوجوانان پرورشگاهی نشان دهنده ی این است که این نوجوانان احساس ناتوانی در مقابله با نگرانی می کنند که در دراز مدت نتایج مخربی برای فرد خواهد داشت. بالاتر بودن نمرات باورهای مربوط به خودآگاهی شناختی نوجوانان پرورشگاهی نشان دهنده ی این است که این نوجوانان بر این باور هستند که نگران نبودن برابر عدم تلاش برای مقابله با مشکلات است.

فرضیه چهارم: بین مولفه های حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت وجود دارد.

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می دهد، بین میانگین نمرات دو گروه از نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی تفاوت معنادار وجود دارد.

در پژوهش گستن و ویسبرگ (۱۹۹۸)، با عنوان رابطه ی حل مسئله با پرخاشگری و آشفتگی شدید رفتاری و عاطفی نوجوانان با نمونه ۱۵۰ نوجوانان صورت گرفته است نتایج پژوهش نشان داد بین حل مسئله با پرخاشگری و آشفتگی شدید رفتاری و عاطفی نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد یعنی با افزایش پرخاشگری و آشفتگی شدید رفتاری و عاطفی نوجوانان، توانایی حل مسئله پایین می آید.

تبیین مربوط به فرضیه چهارم

پژوهش های فراوان نشان داده است که حل مسئله توانایی شناختی- رفتاری و عاطفی است که فرد برای سازگاری با چالش های درونی و بیرونی به کار می گیرد این توانایی از طریق یادگیری سازگاری سالم در موقعیت های حل مسئله ایجاد شده و رشد پیدا می کند. محیط های خانوادگی سالم که فرزندان را به کاوش فکری و تبادل افکار و دستیابی به اهداف حرفه ای و آموزشی بلند پروازانه ترغیب می کنند و محیط کلامی غنی ایجاد کرده و فرصت های تجربه کردن با موقعیت های حل مسئله را برای فرزندان ایجاد می کنند سبب ایجاد و رشد توانایی حل مسئله در فرزندان خود می شوند. به نظر می رسد نوجوانان پرورشگاهی در مقایسه با نوجوانان غیرپرورشگاهی به دلیل محرومیت از محیط های خانوادگی سالم و غنی از نظر شناختی و تجارب ناگوار دوران کودکی فرصت و امکان لازم را برای رشد توانایی حل مسئله در اختیار نداشته هاند و این امر سبب عدم یادگیری سازگاری سالم در موقعیت های حل مسئله در آنان شده است، بنابراین در مقایسه با نوجوانان غیر پرورشگاهی، توانایی حل مسئله پایین تری دارند.

پایین تر بودن احساس کفایت و اعتماد به حل مسئله که جز شناختی حل مسئله است در نوجوانان پرورشگاهی نسبت به نوجوانان غیر پرورشگاهی نشانگر این است که نوجوانان پرورشگاهی به جهت برسرپرستی یا بدسرپرستی از وجود والدین ایده آلی که محیط غنی برای رشد و کاوش شناختی برای فرزندانشان مهیا کنند محروم بوده اند از این رو نوجوانان پرورشگاهی اعتماد کمی به خود در زمینه ی فعالیت های حل مسئله دارند.

سبک گرایش- اجتناب که جز رفتاری حل مسئله است در نوجوانان پرورشگاهی نسبت به نوجوانان غیر پرورشگاهی نشان می دهد که نوجوانان پرورشگاهی سبک اجتناب از حل مسئله را دارند ولی در نوجوانان غیر پرورشگاهی سبک گرایش و تمایل به حل مسئله بالا است. اینکه فرد سبک اجتناب از حل مسئله را دارد سبب این می شود که در تعریف مسئله و تلاش برای حل آن هم به روش اجتنابی عمل می کند به نظر می رسد علت گرایش نوجوانان پرورشگاهی به سبک اجتنابی حل مسئله به

دلیل تجارب ناگوار دوران کودکی و ندیدن پدر و مادری است که عملکرد موفقیت آمیز در حل مسئله دارند و عدم یادگیری سازگاری سالم در موقعیت های حل مسئله است.

کنترل شخصی که جز عاطفی حل مسئله است و نشانگر باور فرد به میزان کنترل خود بر هیجانات در هنگام انداختن به حل مسئله است در نوجوانان پرورشگاهی نسبت به نوجوانان غیر پرورشگاهی وجود نمرات پایین نشانه ی باور پایین فرد به کنترل خود بر هیجاناتشان در موقعیت های حل مسئله است به نظر می رسد نوجوانان پرورشگاهی به دلیل تجارب ناگوار و تجربه ی استرس و فشارهای روانی و اضطراب که از پیامدهایی بی سرپرستی و بدسرپرستی است نمرات پایینی در کنترل شخصی نسبت به نوجوانان غیر پرورشگاهی دارند.

فرضیه پنجم: بین باورهای فراشناختی و حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی رابطه وجود دارد همانطور که نتایج جدول ۵ نشان می دهد، بین باورهای فراشناختی و حل مسئله نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی رابطه وجود دارد یعنی بین باورهای فراشناختی ناسالم و حل مسئله همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ولی بین باورهای فراشناختی سالم و حل مسئله همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و با افزایش میزان باورهای سالم فراشناخت، حل مسئله هر دو گروه افزایش می یابد.

در پژوهش ابوالقاسمی، نریمانی، گلپور، قمری (۱۳۸۸)، با عنوان رابطه ی باورهای فراشناختی با موفقیت تحصیلی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان صورت گرفته است و دارای ۱۲۰ نمونه دانش آموز دبیرستانی بود نتایج پژوهش نشان داد بین باورهای فراشناختی ناسالم با موفقیت تحصیلی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان رابطه ی معنادار و منفی وجود دارد. یعنی با افزایش باورهای فراشناختی ناسالم در دانش آموزان دارای اضطراب امتحان، موفقیت تحصیلی کاهش می یابد.

تبیین مربوط به فرضیه پنجم

بر طبق مدل نظری فراشناخت، از آن جایی که پرسشنامه ی فراشناخت میزان باورهای فراشناختی ناسالم آزمودنی ها را اندازه گیری می کند، بنابراین در پژوهش فوق بین باورهای فراشناختی ناسالم و حل مسئله، همبستگی منفی و معنادار وجود دارد ولی بین باورهای فراشناختی سالم و حل مسئله، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد، یعنی با افزایش میزان باورهای سالم فراشناختی، حل مسئله هر دو گروه افزایش می یابد. نتایج پژوهش فوق کاملاً منطبق بر ادبیات پژوهش فراشناخت است. باورهای فراشناختی، باورها و نظریاتی هستند که افراد درباره ی تفکر خود دارند. عواملی مانند ابتلای فرد به افسردگی یا اضطراب، تحمل فشارهای روانی در دوران کودکی و نوجوانی، تجارب ناگوار دوران کودکی و نوجوانی عواملی هستند که به نظر می رسد می توانند در فرد ایجاد باورهای فراشناختی ناسالم کنند و طبیعتاً داشتن چنین باورهای فراشناختی ناسالمی، اختلال در حل مسئله را هم سبب می شود.

پژوهش حاضر کوشید تا چند فرضیه مربوط به مقایسه های باورهای فراشناختی و حل مسئله را در دو گروه از نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی بیازماید. الگوی نظری باورهای فراشناختی در زمینه های مختلفی، توسط پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته است. ولی در زمینه ی نوجوانان پرورشگاهی به نظر می رسد کاری صورت نگرفته است و در زمینه ی نوجوانان غیر پرورشگاهی کار کمی صورت پذیرفته است. نتایج این پژوهش نشان داد که نوجوانان پرورشگاهی به دلیل تجارب ناگوار دوران کودکی فرا باورهای ناسالمی از جمله باورهای فراشناختی ناسالم کسب کرده اند و به نظر می رسد وجود چنین باورهای ناسالمی اختلال در حل مسئله را هم در آنان موجب شده است.

پیشنهاد های پژوهش

۱- با توجه به نتایج بدست آمده در این پژوهش، پیشنهاد می شود روان شناسانی که در پرورشگاه ها هستند جهت تغییر ارزیابی ها و باورهای فراشناختی ناسالم نوجوانان پرورشگاهی اقدام نمایند.

۲- از آن جا که نوجوانان پرورشگاهی، دارای تجارب ناگوار و آسیب زای دوران کودکی هستند، پیشنهاد می شود روانشناسانی که در پرورشگاه ها هستند جهت جلوگیری از تشکیل باورهای فراشناختی ناسالم راه های مقابله ای سالم و انعطاف پذیر را به این نوجوانان آموزش دهند.

۳- با توجه به اینکه نوجوانان پرورشگاهی در دوران کودکی فرصت یادگیری سازگاری سالم در موقعیت های حل مسئله را نداشته اند پیشنهاد می شود روان شناسانی که در پرورشگاه ها هستند نسبت به آموزش سازگاری سالم در موقعیت های حل مسئله به این نوجوانان اقدام نمایند.

۴- با توجه به شیوع بالای پدیده ی بدسرپرستی و بدسرپرستی در سطح کشور و همچنین جوان بودن نرخ جمعیت در ایران، پیشنهاد می شود پژوهشگران در این حوزه بیشتر تلاش کرده، با این امید که راهکارهای علمی و عملی بیشتری برای کاهش باورهای فراشناختی ناسالم و افزایش توانایی حل مسئله در اختیار نوجوانان عزیز قرار گیرد.

۵- با توجه به اهمیت دوران نوجوانی در رشد شخصیت سالم و شیوع بالای پدیده ی بی سرپرستی و بدسرپرستی که منجر به سپردن کودکان و نوجوانان به پرورشگاه ها می شود، پیشنهاد می گردد سازمان بهزیستی کشور موانع موجود پژوهشی را از سر راه پژوهشگران در رابطه با این کودکان و نوجوانان برداشته با این امید که نتایج این پژوهش ها به عزیزان پرورشگاهی کمک کند تا به عنوان یک فرد کارآمد و سالم از توانایی های خود استفاده نمایند.

منابع

۱. ابوالقاسمی، عباس؛ گلپور، رضا؛ نریمانی، محمد؛ قمری، حسین. (۱۳۸۸). رابطه ی باورهای فراشناختی با موفقیت تحصیلی دانش آموزان دارای اضطراب امتحان. مطالعات تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره دهم، شماره ۳، ص ۲۰-۵.
۲. اتکینسون، ریتال ال؛ اتکینسون، ریچارد سی؛ امسیت؛ ادواردی؛ بم، داریل و هوکسما، سوزان نولن (۱۳۸۵). (۱۳۶۲). ترجمه (محمد نقی براهنی، بهروزپیرشک، مهردادبیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهرآرای، یوسف کریمی، نسیم گاهان، مهدی محی الدین و کیانوش هاشمیان).
۳. احمدی زاده، محمد. (۱۳۸۰). اثر آموزش توانایی حل مسئله بر شایستگی های اجتماعی و ارتقای سطح بین فردی نوجوانان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم انسانی.
۴. آبسالان، فاطمه. (۱۳۸۵). بررسی سلامت و بهداشت روانی نوجوانان پرورشگاهی. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور آمل.
۵. بذل، مریم. (۱۳۸۳). بررسی رابطه ی مهارت های مسئله بر میزانی سازگاری دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم مقطع دبیرستانی در شمال و جنوب تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
۶. بوستانی، منیژه؛ تشکری، عباس. (۱۳۷۵). بررسی سلامت اجتماعی کودکان پرورشگاهی. نشریه روان شناسی و روان پزشکی، سال دوم، شماره ۴، ص ۸۲-۷۴.
۷. بهرامی، فاطمه؛ آذریان، زهرا. (۱۳۸۷). مطالعه ی مقدماتی رابطه ی نشانگان پیش قاعدگی و افسردگی با باورهای فراشناختی در زنان دانشجوی. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ششم، شماره ۲.
۸. بهرامی، فاطمه؛ رضوان، شیوا. (۱۳۸۶). رابطه ی افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مجله ی روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۳، ص ۲۴۹-۲۵۵.
۹. بیات، محبوبه. (۱۳۸۹). اختلالات جسمی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز شبانه روزی تهران، مجله پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره بیستم، شماره ۵۱.
۱۰. بیات، محبوبه؛ نادری فرد، مهین؛ بیات، مقداد؛ میری، مجید؛ فروغی، سعید. (۱۳۸۶). بررسی سلامت اجتماعی کودکان ۱۱-۷ ساله ساکن مراکز نگهدارنده شبانه روزی تهران. فصلنامه پرستاری ایران، دوره بیستم، شماره ۵۱.
۱۱. حسن زاده، رمضان. (۱۳۸۷). روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات ساوالان.

۱۲. خانی پور، حمید؛ سهرابی، فرامرز؛ طباطبایی، سعید. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در دانشجویانی با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، دوره اول، شماره ۱، ص ۷۱-۸۲.
۱۳. دلاور، علی. (۱۳۸۳). روش‌های آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۱۴. رایس، فیلیپ. (۱۳۸۸). رشد انسان از تولد تا مرگ (ترجمه مهشید فروغان)، تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).
۱۵. زمانی، عباس. (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه عزت نفس و سبک‌های مدیریت مدیران دبیرستان‌های دولتی نظام جدید استان مازندران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد ساری.
۱۶. زهراکار، کیانوش؛ رضازاده، آزاده؛ احقر قدسی. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی آموزش توانایی حل مسئله بر خودکارآمدی دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.
۱۷. سازمان بهزیستی. (۱۳۸۰). مجموعه گزارش‌های دفتر شبه (گزارش). تهران: مولف.
۱۸. سیف، علی اکبر، خادمی، علی. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش مولفه‌های فراشناختی در کاهش رفتارهای ضد اجتماعی نوجوانان زندان مرکزی ارومیه. تحقیقات علوم رفتاری، دوره نهم، شماره ۳.
۱۹. سیگلر، رابرت، وانگر آلبانی (۱۳۸۶). تفکر حل مسئله کودکان (ترجمه سید کمال خرازی) تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۵).
۲۰. شفیق آبادی، عبدالله؛ شمس، ثریا. (۱۳۷۹). بررسی اثر بخشی درمان گروهی آموزش حل مسئله به برخی ویژگی‌های شناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی. فصلنامه علمی پژوهشی، تازه‌های پژوهش‌های مشاوره، جلد دوم، شماره ۵ و ۶، ص ۲۱-۴۰.
۲۱. شولتز، دوان؛ شولتز سیدنی ال. (۱۳۸۹). نظریه‌های شخصیت (ترجمه یحیی سید محمدی) تهران: انتشارات ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۵).
۲۲. صالحی، رضا. (۱۳۸۰). مطالعه رابطه‌ی فراشناخت و ادراکیادگیری با عملکرد زبان انگلیسی دانش‌آموزان مراکز پیش‌دانشگاهی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه یزد.
۲۳. عابدینی، زهرا؛ آخوندزاده، کبری؛ احمدی طهران، هدی. (۱۳۸۹). رابطه حل مسئله با مکانیزم‌های یادگیری دانشجویان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی سبزوار، سال هفدهم، شماره ۳ (پیاپی ۵۷).
۲۴. عاشوری، احمد؛ وکیلی، یعقوب؛ بن سعید، سارا؛ نوعی، زهرا. (۱۳۸۸). رابطه‌های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، دوره یازدهم، شماره ۱ (پیاپی ۴۱)، ص ۱۵-۲۰.
۲۵. کیمیایی، علی؛ بیگی، فاطمه. (۱۳۸۹). مقایسه‌ی حل مسئله و کارکردهای خانوادگی بین مادران دارای کودکان بیش‌فعال/نقص توجه با مادران دارای کودکان سالم. مجله علوم رفتاری، دوره چهاردهم، شماره ۲.
۲۶. گارتون، آلیسون. اف. (۱۳۸۶). کاوش در رشد شناختی کودک همچون حل‌کننده مسئله (ترجمه سید کمال خرازی). تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۴).
۲۷. گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۳). جامعه‌شناسی (ترجمه منوچهر صبوری) تهران: انتشارات نی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
۲۸. محمد خانی، شهرام؛ فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علایم وسواسی در جمعیت غیربالینی. مجله روان‌شناسی بالینی، سال اول، شماره ۳، ص ۵۱-۵۳.
۲۹. محمدی، ناهید. (۱۳۹۳). رابطه‌ی حل مسئله با سلامت عمومی. مجله ای اصول بهداشت روانی، دوره دوازدهم، ص ۳-۴۱.
۳۰. مردانی، عباس. (۱۳۸۹). اثر آموزش حل مسئله بر عزت نفس و اضطراب دختران نوجوان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و مشاوره.

۳۱. مش، اریک، جی. (۱۳۸۹). روان شناسی مرضی کودک (ترجمه محمد مظفری مکی آبادی و اصغر فروغ الدین عدل). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۸).
۳۲. نصیری، اعلاء؛ خسروی، صدرالله؛ قادری، زهرا؛ وفایی، زهرا. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش حل مسئله بر کاهش بحران هویت نوجوانان دختر. مجله ی علمی پژوهشی طب جانباز، سال سوم، شماره ۹.
۳۳. نوری، ابوالقاسم؛ مکارمی، آذر؛ مینو، ابراهیمی. (۱۳۷۹). مقایسه سبک اسنادی نوجوانان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی. دانش و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). شماره چهاردهم، ص ۱۶-۱.
۳۴. ولز، آدریان. (۱۳۹۰). درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی (ترجمه شهرام محمد خانی). تهران: انتشارات وراى دانش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۹).
۳۵. هاشمی، زهره؛ محمود علیلو، مجید؛ هاشمی نصرت آبادی، تورج. (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. تحقیقات علوم رفتاری، دوره نهم، شماره ۲.
۳۶. هدایتی کرج، داریوش. (۱۳۸۵). مقایسه ی باورهای فراشناختی، نگرانی، حل مسئله ی اجتماعی در بیماران مضطرب و افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه گیلان
37. Behraman, R., & Jensen, R., & Nelson, H. (2001). Text book of pediatric 17th ed. Landon: W.B(pp.105-106,133-137)
38. Bornstein, M.H. (2003). The effect of problem solving training on mental health and self-efficacy. Journal of psychology Research, 33(5), 675-688.
39. Bouman, T.K., & Meijer, K.J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. Clinical psychology and psychotherapy, 6, 96-102. [special issue: metacognition and cognitive behavior therapy].
40. Carwright-Hotatton, S., & Wiles, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The metacognition questionnaire. Journal of Anxiety Disorder, 11, 279-315.
41. Cavanagh, M. (1999). self-efficacy and depression. In R. Schwarzer (ED), self-efficacy: Thought control of action. Washington DC: Hemisphere.
42. Dzurilla, T.J., & Nezu A.M. (Development and preliminary evaluation of the social problem solving inventory. Psychological assessment. 2, 159-163.
43. Dzurilla, T.J., & Sheedy, C.F. (1999). The relationship between social problem-solving ability and subsequent level of academic competence in college student, Journal of Behavior Therapy. 16(2), 589-599.
44. Elliot, T.R. (1999). Care given social problem solving abilities and family member adjustment to recent Physical disability. 44(7), 104-123.
45. Gesten, E.L., & Weissberg, R., D. (1988). To social problem-solving training, skill-based approach to prevention and treatment in psychoeducational inventory in the school. New York. Pergamon press.
46. Hansen, R.L., Barton, K., Metcalf. (2004). Comparing the health status of low income children and out of foster care, 83(4), 367-380.
47. Heppner, D. (2006). Problem-solving appraisal and human adjustment: A review of research using the problem solving inventory Journal of counselling psychology, 32, 390-391
48. Heppner, D., & Peterson, G. (1982). The development and implication of a personal-problem-solving-inventory. Journal of counseling psychology, 22, 66-6.
49. Hochstadt, N.J. (2000). The medical and psychosocial need of children entering foster care. Child Abuse Neglect, 11, 53-62.
50. Holeva, V., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute PTSD following road traffic accident: Thought control strategies and social support. Behavior Therapy, 32, 65-83.

51. Januray,G.(2003).The relationship between problem solving-self efficacy and mental health. MA thesis is eduction pxychology, Mirgantonwn, west Virginia University.
52. Lesli,L.K.,Harburt,M.S.,landsverk,J.(2003).comperhensive assessment for children entering foster care, 112(1),134.
53. Nassif,Y.(1999).predictors of pathological worry. Unpublished M.phil.thesis, university of Manchester,uk.
54. Nelson,T.O.,& Dunlosky,J.(1991).when people's hudgment of learning (Jols)are extremely accurate at predicting subsequent recall.2.267-270.
55. Nies,M.A.,& Mcewen,M.(2000),community Health Nursing. 3th ed. Philadelphia:W.B saunders:p337.
56. Nuevo.,Montorio.,I.,& Borkovec,T.D.(2004).A test of the role of metaworry in the prediction of worry severity in an elderly sample. Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry,35,209-218.
57. Papageorgiou,C.,& Wells, A.(2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression.Cognitive and Behavioral practice,8,106-164.
58. poorden,A.& clark,D.M.(1999).A metacognitive model of social phobia.inR.G.Heimberge.M.R.Liebowitz,D.A.(pp.69-93).
59. Roleofs,,J.,Gerber,R.D.,Huberes,M.,peeterrs,F(2007),.F.(2007). On the links between self-discrepancies, rumination,metacognitions,and syptoms of depression in undergraduates. Behaviour Research and Therapy,45,1295-1305.
60. Roussis,P.,&Wells,A.(2006).postraumatic sterees symptoms:Teast of ralationships with thought control strategis and beliefs as predicted by the metacognitive model. Personality and individual Differences,40.112-122.
61. Silver,J.(2000).Health care for young children in foster care. Young,children and foster care.Baltimore,publishing,161-193.
62. Spada,M.M.,& Wells,A.(2005).Metacognitions, emotion and alcohol use. Clinical psychology and psychotherapy,13,138-134.
63. Spada,M.M.,Nikecevic,A.V.,Montena,G.B.& Wells,A.(2007).Metacognition as a medicator of the relationship between emotion and smoking dependence.Addictive Behaviore,36,2120-2129.
64. Wells,A.(2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. New yourk, the Guilford press.
65. Wells,A.,& cartwright-hatton, s.(2004)a short from of the metacig nitions questionnaire: properties of the MCQ 30. Behaviour research and therapy,42,285-296.
66. Wells,A.(2003),Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techinques. Journal of Rational-Emotive and cognitive Behavior therapy.23,337-355.
67. Wells,A.(2000).Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chicjester,uk: wiley
68. Wells,A.,& Matthews, ()1996.Modelling cognition in emotional disorder: The SRFE model. Behaviour Resarch and therapy,23,876-870.
69. Wells,A.(1994).A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory,6,289-299.
70. Wells,A.,Matthews, G.(1994).Attention and emotion: A clinical perspective. Hove,UK:Erlbaum.
71. Whestsel,M.V.(2000).pediarric Nursing. Mc Graw- Hill Nursing care servces. 5thed. Pp82-88.

72. Yilmaz,E.A.,Gencoze,T.,& Wells, A.(2007).The uniqe contribution of cognitions and metacognitions to depression. Paper presented at the world congress of cognitive and Behavior Therapy, Barcelonal,spain.