

بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با علائم وسواسی - اجباری دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز

ساسان باوی^۱

معصومه مسعودی فر^۲

دکتر سعید رضایی^۳

عبدالرضا طیب^۴

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با علائم وسواسی - اجباری دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز بود. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود و جامعه آماری ۳۸۴ نفر (دختر ۱۹۲ و پسر) از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بودند که از بین

^۱ - دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (نویسنده مسئول)

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد .

sasanbavi@yahoo.com

^۲ - کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

^۳ - دکتری تخصصی روان شناسی کودک دانشگاه تهران

^۴ - کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

آنها (۱۹۲ مرد و ۱۹۲ زن) به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری عبارت بودند از: پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30)، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره (SQ-SF) و پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی (MOCI). نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین طرحواره ناسازگار اولیه و وسواس فکری - عملی ($p=0/003$ و $r=0/18$)، و بین باورهای فراشناختی و وسواس فکری - عملی در دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد ($p=0/000$ و $r=0/22$). طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون به روش ورود مکرر ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی متغیرهای پیش بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی با وسواس فکری - عملی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز برابر با $R=0/204$ و $R^2=0/114$ است که در سطح $p=0/000$ معنادار است. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2) مشخص شده است که متغیرهای پیش بین ۱۱ درصد از واریانس متغیر ملاک (وسواس فکری - عملی) را پیش بینی می‌کند. در واقع نتایج تحقیق نشان می‌دهد با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، وسواس فکری - عملی دانشجویان نیز افزایش یافته است، همچنین با افزایش باورهای فراشناختی دانشجویان، وسواس فکری - عملی آنان نیز افزایش یافته است.

واژه‌های کلیدی: وسواس، دانشجویان، باورهای فراشناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی (Obsessive-Compulsive disorder) با وقوع افکار وسواسی ناخواسته و مزاحم یا تصاویر ذهنی ناراحت کننده تعریف می‌شود این افکار و تصاویر ناراحت کننده به طور غیرعادی با رفتارهای وسواسی همراه می‌شوند که برای بی اثر کردن افکار یا جلوگیری از رویداد یا موقعیتی وحشتناک انجام می‌شوند. نقش فراشناخت در اختلالات روانی شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات به وسیله ولزو ماتیوز (۱۹۹۶) توسعه یافته است. در الگوی فراشناخت، آسیب پذیری در مقابل اختلالات روان شناختی و همچنین تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی توجهی (Congnitive attentional syndrome) مرتبط است که این نشانگان با تمرکز زیاد برخورد، بازبینی تهدید، پردازش نشخوارگونه فعال سازی باورهای مختل و راهبردهای خود تنظیمی مشخص می‌شود که این الگو نقش فراشناخت را در آسیب پذیری در مقابل اختلالات روانشناختی و تداوم آن را پیش بینی می‌کند. نارسایی‌های شناختی ممکن است به عنوان فرایند مرتبط با باورهایی

فراشناختی مورد توجه قرار گیرند این فرایند قادر است بر فعالیتهای شناختی فرد نظارت و آن را کنترل کند. در پردازش اطلاعات در انسان شناخت تحت تاثیر عوامل هیجانی و فراشناختی است بنابراین دستکاری حالت‌های اصلی ممکن است باعث تغییر ارزیابی‌ها و شناخت شود با وجود این اگر فراشناخت شناخت را کنترل و هدایت می‌کند و آشفتگی در تفکر، اختلال هیجانی را که در سطح باور است مشخص می‌کند پس بسیار مهم است که به تاثیر دانش فراشناختی توجه داشته باشیم و یک احتمال مهم این است که اگر فراشناخت را بتوان در یک مدل شناختی عمومی از خودگردانی و هیجان وارد کرد پایه‌ای برای مفهوم سازی و گسترش فرایندهای اصلاح شناختی در درمان فراهم خواهد شد. در سالهای اخیر در کشورهای پیش رفته متخصصان بهداشت روانی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها و روش‌ها و فنون مختلفی را در درمان وسواس مطرح کرده اند یکی از این نظریه‌ها شناخت درمانی متمرکز بر طرحواره‌ها است که توسط یانگ (۱۹۹۴) ابداع گردیده است. طرحواره به عنوان یک چارچوب سازمانی تعریف می‌شوند که از طریق آن افراد احساساتشان درباره زندگی را می‌سازند. طرحواره‌ها مانند عدسی در زندگی شخصی افراد عمل می‌کنند و روشهایی را که افراد از طریق آن تجارب را تفسیر می‌کنند سازماندهی می‌کنند. اختلال وسواس فکری و عملی (OCD) اختلال اضطراب ناتوان کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری است. وسواس‌ها افکار، تصاویر ذهنی و تکان‌های ناخواسته و مزاحم هستند که بدون میل و اراده ی بسیار رخ می‌دهند و به صورت ناسازگار و ناهمخوان با خود تجربه می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ American Association of psychiatry)؛ ولز (۲۰۰۹). نظریه‌های شناختی به نقش اساسی باورهای ناکارآمد در سبب شناسی و تداوم علائم این اختلال تأکید می‌کنند در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و به خصوص وسواس‌های فراشناختی جایگاه ویژه‌ای به خود اختصاص داده است. فراشناخت مفهومی چند وجهی است که در برگزیده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند. افزون بر باورهای فراشناخت طرحواره‌ها نیز نقش مهمی در فرایند شکل گیری OCD دارد. یانگ (۱۹۹۴) زیر مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را پیشنهاد می‌کند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند رویکرد متمرکز بر طرحواره‌ها به جای متمرکز شدن بر افکار خودکار و فرضهای زیربنایی، تأکید اصلی را بر عمیق ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌گذارد الگوی متمرکز بر طرحواره‌ها، طرحواره‌های ناسازگار اولیه را با عنوان موضوعات جامع و گسترده با در نظر گرفتن خود و رابطه شخصی با دیگران تعریف می‌کنند که در دوره کودکی ایجاد می‌شوند و در سر تا سر زندگی شخصی با درجه‌ای از ناکارآمدی بسط و گسترش می‌یابند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه اساساً مضمون‌های تلویحی و ناهوشیار هستند که توسعه افراد حفظ می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار

اولیه به عنوان یک الگو برای پردازش تجارب بکار می‌روند و نتیجتاً در سرتاسر زندگی گسترش می‌یابند و رفتارها، افکار، احساسات و روابط با سایر مردم را تعیین می‌کند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه معمولاً بی‌قید و شرط و بنابراین بسیار انعطاف‌ناپذیرند. اساساً طرحواره‌های ناسازگار اولیه باز‌نمایی‌های معتبری از تجارب ناخوشایند دوره کودکی هستند، به این خاطر که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران اولیه زندگی ایجاد می‌شوند آنها عادی و انکارناپذیر هستند و اغلب خود‌انگاره و دیدگاه خود درباره دنیا را مشخص می‌کنند. حتی زمانی که شواهدی برای رد طرحواره‌ها ارایه شود بسیاری از افراد اطلاعات را تحریف می‌کنند تا اعتبار طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تأیید کنند (یانگ و کلسکوویشر، ۲۰۰۳).

رویکرد متمرکز بر طرحواره‌ها فرض می‌کند که طرحواره‌های ناسازگار هسته اصلی آسیب‌شناسی شخصیت و درماندگی‌های روانشناختی نظیر اختلالات شخصیتی، اضطرابی، جنسی وسواس، خوردن و مشکلات بین فردی هستند. یانگ با یکپارچه سازی تکنیک‌های مختلف در قالب یک نظریه منسجم، طرحواره‌های درمانی را که رویکردی نظام مند است بوجود آورد و افقهای نوینی را فرا روی مرزهای رویکردی مختلف درمانی گشود (یانگ، ۱۹۹۴، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۳). اختلال وسواسی-اجباری (OCD) یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند (بارلو، ۲۰۰۲، به نقل از باچر، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۹). مشکلات همراه با OCD و علائم ناتوان‌کننده آن کارکرد بیان فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌کند (کلارک، ۲۰۰۴، به نقل از باچر، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۹) از هر ۴۵ نفر در جامعه یک نفر مبتلا به این اختلال است این در حالی است که بیش از ۹۰٪ از افراد جامعه علائم وسواس‌ها و اجبارها را با همان کیفیت و شکل افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری تجربه می‌کنند و این موضوع اهمیت و ضرورت شناخت علائم وسواس‌ها و اجبارها را دوچندان می‌کند (کلارک، ۲۰۰۴، به نقل از باچر، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۹). از آنجا که نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در علائم وسواسی و همچنین باورها و راهبردهای فراشناختی در علائم وسواسی دقیق بررسی نشده است پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با علائم وسواسی - اجباری دانشجویان و برای تعیین وزن هر یک از متغیرها در پیش‌بینی علائم وسواسی - اجباری انجام می‌شود. محمد خانی و فرجاد (۱۳۸۸) نشان داد که همبستگی مثبت معناداری بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی وجود دارد، همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که مقیاس خود آگاهی شناختی، کنترل‌ناپذیری و خطر باورهای مثبت درباره نگرانی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی هستند. شیرین زاده دستگیری (۱۳۸۷) نشان داد که با کنترل

مسئولیت پذیر و نگرانی گروه‌های وسواسی و اضطرابی در باورهای فراشناختی با گروه بهنجار تفاوت معناداری دارند با کنترل باورهای فراشناختی و نگرانی گروه‌های وسواسی در بیماران، اضطراب منتشر و افراد بهنجار درباره مسئولیت پذیری تفاوت معناداری یافت نشد. آهی (۱۳۸۵) اذعان کردند که خرده مقیاس باورهای فراشناختی منفی، در مورد غیر قابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی، رابطه معنی داری با نشانگان پیش قاعدگی داشته است، همچنین بین تمام باورهای فراشناختی ناکارآمد و میزان افسردگی دوران ماهیانه زنان رابطه وجود دارد. ابوالقاسمی (۱۳۸۶) اثر بخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی را مورد ارزیابی قرار داده که با پیگیری‌های ۱ و ۳ ماهه درمان فراشناختی را در بهبود اختلال افسردگی اساسی مؤثر دانستند. شواهد فزاینده ای وجود دارد که نشخوار فکری اثرات منفی بر هیجان و آسیب شناسی روانی دارد. نتایج مطالعات نشان می دهد که نشخوار فکری موجب تداوم خلق افسرده پس از تجارب استرس زای زندگی می شود (محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۷). در زمینه اثرات آموزش توجه در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، مطالعات (دیواندری و آهی، ۱۳۸۸) نشان دهنده بهبود قابل ملاحظه ای در اضطراب و افسردگی بیماران بود. ابوالقاسمی (۱۳۸۶) در پژوهشی که باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی رابطه مثبت معناداری دارد. ضریب رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که در بیماران دارای هذیان مؤلفه باورهای منفی در مورد کنترل پذیری افکار، در بیماران دارای توهم مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، در بیماران دارای هذیان - توهم به ترتیب مؤلفه‌های خودآگاهی شناختی، باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و باورهای مثبت در مورد نگرانی و در بیماران بدون هذیان - توهم مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، قوی ترین پیش بینی کننده برای نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی بودند. شیرین زاده دستگیری (۱۳۸۷) در پژوهشی نشان داد که فراشناخت با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. ابوالقاسمی و کیامرثی (۱۳۸۸) نیز مؤلفه‌های اعتماد شناختی و خود آگاهی شناختی را به ترتیب بهترین پیش بینی کننده‌های نارسایی شناختی دانستند و مؤلفه‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل پذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار در پیش بینی متغیر ملاک سهم معناداری را گزارش نکردند. همچنین در اهمال کاری (زمان پور ، ۲۰۰۰؛ به نقل از ابوالقاسمی و کیامرثی ، ۱۳۸۸) نشان داد که سطح اهمال کاری مردان بالاتراز سطح اهمال کاری زنان است و نیز در تحقیقی دیگر گزارش کرد که اهمال کاری در افراد دانشجو بیشتر نسبت به غیر دانشجویان است. لوبون، هادوک، کیندرمن و ولز (۲۰۰۲) تفاوت‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را که در حال حاضر توهمات شنیداری داشتند و کسانی که هیچ وقت

تجربه توهمی نداشتند، در نسخه ی اصلاح شده پرسشنامه باورهای فراشناختی، مورد بررسی قرار دادند.

گروه‌های کنترل شامل بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و گروه غیر بیمار بودند. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که در حال حاضر توهم داشتند، تفاوت دیگر بین گروه‌ها در مقیاس خودآگاهی شناختی بودند، که در آن بیماران دچار توهم در مقایسه با افراد غیر بیمار، نمرات بالاتری داشتند. بیمارانی که در حال حاضر توهمات شنیداری داشتند و کسانی که هیچ وقت تجربه توهمی نداشتند، در نسخه ی اصلاح شده پرسشنامه باورهای شناختی، مورد بررسی قرار دادند. گروه‌های کنترل شامل بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و گروه غیر بیمار بودند. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که در حال حاضر توهم داشتند، با بیمارانی که هرگز توهم نداشتند، در باورهای مربوط به لزوم پایداری افکار تفاوت داشتند. تفاوت دیگر بین گروه‌ها در مقیاس خود آگاهی شناختی بود، که در آن بیماران دچار توهم در مقایسه با افراد غیر بیمار، نمرات بالاتری داشتند. بیمارانی که در حال حاضر توهم داشتند، نسبت به گروه کنترل اضطرابی، نمرات بالاتری در مقیاس کنترل ناپذیری و خطر کسب کردند. اصغرنژاد، فتی و عاشوری (۱۳۸۹) در پژوهشی تفاوت معنادار گروه مبتلایان با اختلال وسواسی - اجباری را با گروه غیر بالینی در تمامی طرح واره‌ها آشکار کرد، گروه مبتلایان با اختلال شخصیت وسواسی - اجباری نیز در بیشتر طرح واره‌ها به استثنای طرح واره‌های ایثار، شکست و محرومیت هیجانی با گروه غیر بالینی تفاوت معنادار داشت دو گروه بالینی (مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری و اختلال شخصیت وسواس - اجباری) نیز فقط در طرح واره اولیه محرومیت هیجانی با هم تفاوت معنادار داشتند. در حوزه ریشه‌های والدینی، تفاوت گروه مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری، گروه غیر بالینی بیشتر از تفاوت گروه مبتلایان با اختلال شخصیت هیجانی، نقص، شرم، رهاشدگی یا بی ثباتی و بی اعتمادی یا بدرفتاری در حوزه ریشه‌های والدینی از هم متمایز بودند. نتایج به طور کلی تفاوت معنادار دو گروه بالینی و یا گروه غیر بالینی در طرح واره‌های ناسازگار اولیه را نشان می‌دهد. علاوه بر این پژوهش بیانگر شباهت ساختارهای عمیق شناختی در گروه بالینی و در نتیجه وجود ارتباط بین این دو اختلال است. لطفی، دنیوی و خسروی (۱۳۸۶) در پژوهشی نشان دادند اساس نتایج آزمون مستقل بین این دو گروه بیمار به استثناء طرحواره‌های رهاشدگی یا طرد، از خود گذشتگی و معیارهای انعطاف ناپذیر در سایر طرحواره‌های ناسازگار مطرح در این پرسشنامه نسبت به گروه سالم تفاوت معنادار نشان داد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه گوناگون آسیب پذیری خاصی را برای انواع آشفته‌گی‌های روانشناختی و آسیب پذیری شخصیتی ایجاد می‌کنند بر اساس نتایج این پژوهش مبتلایان به اختلال شخصیت نسبت به افراد طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند.

استوپا، تورن، واتروپرستون (۲۰۰۱) در یک نمونه شامل اختلالات محور I، همبستگی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نشانه‌های اضطراب و افسردگی را بررسی کردند آنها دریافتند که ره‌اشدگی، نقص یا شرم اطاعت و ایثار تبیین کننده، ۴۲ درصد از واریانس افسردگی بود و نقص یا شرم فقط ۲۱ درصد واریانس اضطراب را تعیین می‌کرد. (به نقل از شهامت، ۱۳۸۹) دریافتند که ره‌اشدگی و آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری در حد متوسطه اضطراب را تبیین می‌کردند. آتالی، کاراهان و کالیسکان (به نقل از شهامت، ۱۳۸۹) طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در بین بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و سواس فکری - عملی و گروه کنترل غیر بیمار بررسی کردند. گروه بیمار نمره‌های بالاتری را نسبت به گروه غیر بیمار در ۱۱ طرحواره از ۱۸ طرحواره بدست آوردند که مهمترین تفاوت در انزوای اجتماعی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و منفی گرایی یا بدبینی بودند.

هدف کلی این پژوهش تعیین رابطه بین باورهای فراشناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با علائم و سواس فکری-عملی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود. در این راستا فرضیه‌های زیر آزمون شدند: بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سواس فکری-عملی دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد، بین باورهای فراشناختی و سواس فکری-عملی دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد و همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی، سواس فکری-عملی دانشجویان دختر و پسر را پیش بینی می‌کنند.

حجم نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری کلیه دانشجویانی که در سال ۱۳۹۳ در دانشگاه آزاد اهواز تحصیل می‌کنند. به این منظور ۲۰۰ دانشجوی (۱۹۲ نفر دانشجوی دختر و ۱۹۲ نفر دانشجوی پسر) به روش نمونه گیری طبقه‌ای انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه فراشناخت (30-MCQ): پرسشنامه فراشناخت (MCQ) توسط کارترایت هاوتون (۱۹۹۷) به منظور اندازه گیری 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 (30-MCQ) فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ) است که توسط ولز و کارترایت -هاوتون (۲۰۰۴) ساخته شده است و شامل ۳۰ گویه خود گزارشی 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 هر کدام شش ماده را شامل می‌شوند. شیرین زاده (۱۳۸۵) این پرسشنامه را برای جمعیت ترجمه و آماده نموده است آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۱٪ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای فراشناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷٪، ۰/۸۶٪، ۰/۸۱٪، ۰/۷۱٪ گزارش شده است لازم به ذکر است که مطرح کرد که با توجه به اینکه فرم ترجمه شده‌ی 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.

فرم کوتاه پرسشنامه‌ی طرحواره (SQ-SF): ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ SQ-SF می‌باشد. این پرسشنامه یک ابزار ۷۵ سوالی برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه با طیف لیکرت بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از (کاملاً درست درباره من تا کاملاً غلط درباره من) درجه بندی می‌شود. یانگ (۱۹۹۸) این پرسشنامه را از روی فرم اصلی پرسشنامه (فرم ۲۰۵ آیتم) ساخته است که SQ - SF ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد (یانگ، ۱۹۹۴؛ حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶). هر ۵ آیتم این پرسشنامه یک طرحواره را می‌سنجد. این طرحواره‌ها عبارتند از: ۱- طرحواره رها ۲- طرحواره بی‌اعتمادی / بد رفتاری ۳- طرحواره محرومیت هیجانی ۴- طرحواره وابستگی / بی‌کفایتی ۵- طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر ۶- طرحواره نقص / شرم ۷- طرحواره ناکامی ۸- طرحواره بازداری هیجانی ۹- طرحواره فداکاری ۱۰- طرحواره معیارهای سرسختانه ۱۱- طرحواره استحقاق ۱۲- طرحواره خود انضباطی ناکافی ۱۳- طرحواره بیگانگی اجتماعی ۱۴- طرحواره اطاعت / پیروی ۱۵- طرحواره گرفتاری / در دام افتادگی. هر آیتم روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود؛ نمره ۱ برای کاملاً نادرست درباره من، نمره ۲ برای بیشتر نادرست درباره من، نمره ۳ تا حدی نادرست درباره من، نمره ۴ تقریباً درست درباره من، نمره ۵ بیشتر درست درباره من و نمره ۶ کاملاً درست درباره من. نمره کلی برای هر مقیاس از میانگین آیتم‌های آن مقیاس محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر وجود طرحواره‌های ناسازگار بیشتر را منعکس می‌کند.

در پژوهشی که توسط یانگ (۱۹۹۴) انجام شد، ضرایب پایایی برای ۱۵ خرده مقیاس به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۳ (برای خرده مقیاس خود تحول نیافته) تا ۰/۹۶ (برای خرده مقیاس نقص/شرم) قرار گرفت (به نقل از شهامت، ۱۳۸۹). همچنین لی (۱۹۹۹؛ به نقل از شهامت، ۱۳۸۹) بر

روی یک نمونه کره‌ای و ولبرن (۲۰۰۲) بر روی یک نمونه از آزمودنی‌های کانادایی روایی و پایایی پرسشنامه را تأیید کردند. این پرسشنامه توسط دیوانداری و آهی (۱۳۸۸) بر روی یک جمعیت دانشجویی از دانشگاه آزاد کاشمر هنجاریابی شد و پایایی آن در حد قابل قبول گزارش شد. ضرایب پایایی محاسبه شده برای خرده مقیاسها به روش آلفای کرنباخ و بازآمایی محاسبه شد. در محاسبه پایایی به روش آلفای کرنباخ میانگین ضرایب آلفای محاسبه شده برابر با ۰/۸۰ بود. بالاترین ضریب آلفا در مورد خرده مقیاس نقص - ناکامی - وابستگی - اطاعت (۰/۸۷) و کمترین ضریب آلفا برای خرده مقیاس خود انضباطی ناکامی (۰/۶۰) بدست آمد. این پرسشنامه با مقیاسهای ناراحتی روانشناختی، احساس ارزشمندی، آسیب پذیری روانشناختی نسبت به افسردگی و نشانه شناسی اختلالات شخصیت روایی همگرا و افتراایی خوبی نشان داده است (شهامت، ۱۳۸۹).

پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی (MOCI): این آزمون دارای ۳۰ ماده دو گزینه‌ای (درست یا نادرست) است که خود فرد به آن پاسخ می‌گوید تا برای اندازه‌گیری علائم وسواس فکری و عملی طراحی شده است. این پرسشنامه انواع گوناگون نشانه‌های وسواس فکری و عملی را در بیمارانی که وسواس دارند مشخص می‌سازد. این آزمون ابزار تشخیص به شمار نمی‌رود، ولی ابزاری پژوهشی برای دسته بندی بیماران مبتلا به نشانه‌های وسواسی است. گاه از آن برای ارزیابی روند درمان بهره گرفته می‌شود. چهار طبقه عمده نشانه‌ها که در آزمون مادزلی به تفکیک مشخص می‌شوند عبارتند از: واریسی (شامل ۹ گزینه)، شستشو (شامل ۱۱ گزینه)، کندی (شامل ۷ گزینه)، شک و تردید (شامل ۷ گزینه). نمره آزمون بین ۰ تا ۳۰ خواهد بود که بیانگر وجود علائم وسواسی اجباری بیشتر است. اعتبار آزمون به طور کلی در هر چهار طبقه بیش از ۰/۸ است. حساسیت آزمون نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین می‌باشند در ایران دادفر ضریب اعتبار کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی و همگرایی آن با مقیاس وسواسی - اجباری بیل براون (۰/۸۷) گزارش نموده است (ابوالقاسمی، ۱۳۸۶).

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری (با استفاده از نرم افزار SPSS) استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

فرضیه اول (بین طرح‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری-عملی دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد) با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ضرایب همبستگی متغیرها و سطح معنی داری آنها در جدول شماره ۱ قرار گرفته است.

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین طرح‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری-عملی دانشجویان

سطح معنی داری (p)	طرح‌های ناسازگار اولیه (r)	
۰/۰۰۳	۰/۱۸	وسواس فکری-عملی

نتایج جدول نشان می‌دهد که بین طرح‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری-عملی دانشجویان رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ($r = 0/18$ و $p = 0/003$). بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، با افزایش طرح‌های ناسازگار اولیه، وسواس فکری-عملی آنان نیز افزایش یافته است. فرضیه دوم (بین باورهای فراشناختی و وسواس فکری-عملی دانشجویان دختر و پسر رابطه وجود دارد) با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ضرایب همبستگی متغیرها و سطح معنی داری آنها در جدول شماره ۲ قرار گرفته است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی ساده بین باورهای فراشناختی و وسواس فکری-عملی دانشجویان

سطح معنی داری (p)	باورهای فراشناختی (r)	
۰/۰۰۰	۰/۲۲	وسواس فکری-عملی

نتایج حاصل از جدول نشان می‌دهد که بین باورهای فراشناختی و وسواس فکری-عملی دانشجویان رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ($r = 0/22$ و $p = 0/000$). بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، با افزایش باورهای فراشناختی دانشجویان، وسواس فکری-عملی آنان نیز افزایش یافته است.

فرضیه سوم (طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی، وسواس فکری-عملی دانشجویان دختر و پسر را پیش بینی می‌کنند) با استفاده از روش رگرسیون چند متغیری به روش ورود مکرر ضریب همبستگی چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج آنها در جدول شماره ۳ قرار گرفته است.

جدول ۳. رگرسیون چند متغیری به روش ورود مکرر ضریب همبستگی بین هوش هیجانی و خوش بینی با رضایت از زندگی دانشجویان

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	R	R^2	$\frac{F}{P}$	β	T	P
وسواس فکری-عملی	طرحواره‌های ناسازگار اولیه				۰/۱۹۹	۷/۹۳۶	۰/۰۰۰۱
		۰/۲۰۴	۰/۱۱۴	$F=۵/۹۰۴$ $p=۰/۰۰۰۰$			
	باورهای فراشناختی				۰/۴۰۰	۴/۷۱۸	۰/۰۰۰۱

طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون به روش ورود مکرر ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی متغیرهای پیش بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی با وسواس فکری-عملی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز برابر با $R = ۰/۲۰۴$ و $R^2 = ۰/۱۱۴$ است که در سطح $p=۰/۰۰۰۰$ معنادار است. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2) مشخص شده است که متغیرهای پیش بین ۱۱ درصد از واریانس متغیر ملاک (وسواس فکری-عملی) را پیش بینی می‌کند.

بحث و نتیجه گیری

با افزایش طرح‌های ناسازگار اولیه، وسواس فکری- عملی دانشجویان نیز افزایش یافته است. نتیجه این تحقیق با نتایج تحقیقات انجام شده توسط اصغر نژاد، فتی و عاشوری (۱۳۸۹)، لطفی، دنیوی، خسروی (۱۳۸۶)، هاوکو پرانچ (۲۰۱۱)، به نقل از ولز؛ ترجمه محمدخانی، (۱۳۸۸)، و (شهامت، ۱۳۸۹) همخوانی دارد.

در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روانی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها و روش‌ها و فئون مختلفی را در درمان وسواس مطرح کرده اند یکی از این نظریه‌ها شناخت درمانی متمرکز بر طرح‌ها است. طرح‌ها به عنوان یک چارچوب سازمانی تعریف می‌شوند که از طریق آن افراد احساساتشان درباره زندگی را می‌سازند، طرح‌ها مانند عدسی در زندگی شخصی افراد عمل می‌کنند و روشهایی را که افراد از طریق آن تجارب را تفسیر می‌کنند سازماندهی می‌کنند. طرح‌ها نیز نقش مهمی در فرایند شکل گیری OCD دارد. یانک (۱۹۹۴) زیر مجموعه‌ای از طرح‌ها را پیشنهاد می‌کند که طرح‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند رویکرد متمرکز بر طرح‌ها به جای متمرکز شدن بر افکار خودکار و فرضهای زیربنایی، تأکید اصلی را بر عمیق ترین سطح شناخت یعنی طرح‌های ناسازگار اولیه می‌گذارد الگوی متمرکز بر طرح‌ها، طرح‌های ناسازگار اولیه را با عنوان موضوعات جامع و گسترده با در نظر گرفتن خود و رابطه شخصی با دیگران تعریف می‌کنند که در دوره کودکی ایجاد می‌شوند و در سر تا سر زندگی شخصی با درجه‌ای از ناکارآمدی بسط و گسترش می‌یابند. رویکرد متمرکز بر طرح‌ها فرض می‌کند که طرح‌های ناسازگار هسته اصلی آسیب شناسی شخصیت و درماندگی‌های روانشناختی نظیر اختلالات شخصیتی، اضطرابی، جنسی وسواس، خوردن و مشکلات بین فردی هستند.

همچنین با افزایش باورهای فراشناختی دانشجویان، وسواس فکری- عملی آنان نیز افزایش یافته است. نتیجه این تحقیق با نتایج تحقیقات انجام شده توسط ولز (۱۹۹۷)، بوردن (۲۰۰۰)، به نقل از ولز؛ ترجمه محمدخانی، (۱۳۸۸)، محمد خانی و فرجاد (۱۳۸۸)، شیرین زاده دستگیری (۱۳۸۷) همخوانی دارد. نقش فراشناخت در اختلالات روانی شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات به وسیله ولز و ماتیوز (۱۹۹۶) توسعه یافته است. در الگوی فراشناخت، آسیب پذیری در مقابل اختلالات روان شناختی و همچنین تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی توجهی (CAS) مرتبط است که این نشانگان با تمرکز زیاد برخورد، بازبینی تهدید، پردازش نشخوارگونه فعال سازی باورهای مختل و راهبردهای خود تنظیمی مشخص می‌شود که این الگو نقش فراشناخت را در آسیب پذیری در مقابل اختلالات روانشناختی و تداوم آن را پیش بینی می‌کند در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و

اساس بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنان با الگوی خاصی از پاسخدهی با تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود این الگوی سندرم توجهی، شناختی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. مطابق مدل فراشناختی فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه‌های 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 (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۸).

طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون به روش ورود مکرر ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی متغیرهای پیش بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای فراشناختی با وسواس فکری- عملی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز برابر با $R = 0/204$ و $R^2 = 0/114$ است که در سطح $p = 0/000$ معنادار است بنابراین پژوهشگر تصمیم به رد فرضیه H_0 می‌گیرد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2) مشخص شده است که متغیرهای پیش بین ۱۱ درصد از واریانس متغیر ملاک (وسواس فکری- عملی) را پیش بینی می‌کند. نتیجه این تحقیق با نتایج تحقیقات انجام شده توسط اصغر نژاد، فتی و عاشوری (۱۳۸۹)، لطفی، دنیوی، خسروی (۱۳۸۶)، هاوکو پرانچ (۲۰۱۱)، به نقل از ولز؛ ترجمه محمدخانی، (۱۳۸۸)، ویلبرن (۲۰۰۰)؛ به نقل از ولز؛ ترجمه محمدخانی، (۱۳۸۸)، محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸)، شیرین زاده دستگیری (۱۳۸۷) همخوانی دارد. اختلال وسواس فکری و عملی (OCD) اختلال اضطراب ناتوان کننده‌ای است که ویژگی اصلی آن وقوع وسواس‌ها و اعمال اجباری است. وسواس‌ها افکار، تصاویر ذهنی و تکان‌های ناخواسته و مزاحم هستند که بدون میل و اراده ی بسیار 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. فراشناخت مفهومی چند وجهی است که در برگزیده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند. با توجه به آنچه گفته شد و با استناد به نظریه طرحواره درمانی یانگ و نظریه فراشناختی آدریان ولز می‌توان گفت که شاید طرحواره‌های اولیه افراد و باورها و راهبردهای فراشناختی افراد از عوامل دخیل در پیش بینی علائم وسواس فکری - عملی باشد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر به شرح زیر است: امکان دارد یافته‌ها تحت تأثیر سوگیری (تورش) پاسخ‌ها قرار گرفته باشد. به دلیل تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه‌ها، آزمودنی‌ها دچار خستگی و بی

حوصلگی شده و امکان دارد به سؤالات با بی دقتی پاسخ داده باشند. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، پیشنهاداتی به شرح زیر ارائه می‌شود: با توجه به اینکه، سنجش رابطه این متغیرها در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام گردیده پیشنهاد می‌شود، مشابه همین پژوهش نیز در سازمان‌های خصوصی و مدارس نواحی چهارگانه اهواز و سایر دانشگاه‌های استان انجام گرفته و نتایج، با هم مقایسه گردد.

منابع:

الف- فارسی

۱. آهی، قاسم. (۱۳۸۵). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲. ابوالقاسمی، عباس و کیامرثی، محسن. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی در سالمندان. ۱۱ (۱) ۸-۱۵.
۳. ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۸۶). ارتباط باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفری. ۱۴ (۲۵) ۱۰-۱.
۴. باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان؛ هولی، جبل. (۲۰۰۷). آسب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۹)، ارسباران.
۵. پروچاسکا، جیمز؛ نوروکراست، جان سی. (۲۰۰۷). نظریه روان درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۹)، تهران: نشر روان.
۶. دیواندری، حسن و آهی، قاسم. (۱۳۸۸). فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ-SF) بررسی ویژگیهای روانسنجی و ساختار عاملی بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، فصلنامه تخصصی، پژوهش نامه تربیتی، ۵، ۲۰، ۱۳۳-۱۰۳.
۷. شهامت، فاطمه. (۱۳۸۹). پیش بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب وافسردگی) براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز.
۸. شیرین زاده دستگیری، محمد. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت - ۳۰ - مجله روانشناسی، (۴۸): ۴۶۱-۴۴۵.

۹. لطفی، راضیه؛ دنیوی، وحید و خسروی، زهره. (۱۳۸۶). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلال شخصیت و سربازان سالم. مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش (۱۳۸۶)، ۵، ۲، ۱۲۶۱-۱۲۶۶.
۱۰. محمدخانی، شهرام و فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکری علائم وسواس در جمعیت غیربالیینی. مجله روانشناسی بالینی (۳)-۵۱-۳۵.
۱۱. اصغرزاد، علی اصغر؛ فتی، لادن و عاشوری، احمد. (۱۳۸۹). مقایسه طرح واره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی آنها در مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی- اجباری، اختلال وسواسی - اجباری و گروه غیربالیینی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. ۱۲، ۱، ۴۵۱.
۱۲. ولز، آدریان. (۲۰۰۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی (ترجمه شهرام محمدخانی، تهران؛ واری دانش، ۱۳۸۸).
۱۳. -هالچین، ریچارد. ویتبورن، سوزان. (۱۳۸۴). آسیب شناسی روانی دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: روان.
۱۴. یانگ، جفری. (۱۳۸۴). شناخت درمانی برای اختلالات شخصیت : رویکرد متمرکز بر طرحواره‌ها (ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور). تهران: آگاه.
۱۵. یانگ، جفری. کلووسکو، زانت، ویشار، مارجوری. (۱۹۹۴). طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، ۱۳۸۶). تهران: ارجمند.

ب- انگلیسی

1. Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P., & wells, A. (2002). The role of meta cognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and individual difference*, 32, 1357-1363.
2. Myers, & Wells, A. (2005) . Obsessive-compuls: symptom: The contribution of meta cognition and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
3. Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*. 32:867-870.

4. Wells, A.(1997).Cognitive therapy of anxiety disorders: A practive *manual and conceptual guide*. Chichester UK: Wiley.
5. Wells, A.(2009). *Meta cognitive therapy for anxiety and depression*. New tork: The Guilfoed press .S alkovskis p. Obsessive-compulsive disorder, in science and practice of cognitive behavioral therapy, C.G. Fairbum, Editor. Oxford university press: New York.
6. Young, J.(1994). Cognitive therapy for personality disorder: a schema- focused opperach .Revised edition. Sarasota: Professional Resource Press.
7. Young , J. Klosko S. &Weishaar , E. (2003). Schema therapy: a practitioner's guide. New York Guilford Press.
8. Young, J. E., klosko, J. & Weishaar, M.E.(2003).Schemathrapy: A practitioner's guide. New York. The Gilford Press.