

رواسازی مقیاس اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان

کاظم خرم‌دل^۱، پریناز سجادیان^۱، فاطمه بهرامی^۲، صادق زنگنه^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

۲. دانشیار مشاوره، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: برای نخستین بار نقش و اهمیت باورهای فراشناختی در ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی در نظریه درمانی فراشناخت مطرح شد. هدف پژوهش حاضر، رواسازی مقیاس اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان (MCQ-A) در یک نمونه ایرانی است.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع هنجاریابی است. نخست نسخه اصلی پرسشنامه به فارسی برگردانده شد. سپس فرم نهایی به همراه پرسشنامه افسردگی کودکان و پرسشنامه اضطراب آشکار کودکان، بر روی ۲۰۴ نوجوان (۱۰۳ نفر دختر، ۱۰۱ نفر پسر) ۱۳ تا ۱۷ ساله که به صورت تصادفی خوشه‌ای از مدارس شهر اصفهان انتخاب شده بودند اجرا شد. پایایی پرسشنامه از روش‌های آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه‌سازی محاسبه گردید و به منظور تعیین روایی پرسشنامه، از روایی همگرا، روایی ملاکی و تحلیل عوامل تأییدی استفاده شد.

یافته‌ها: داده‌های ضریب همبستگی جهت محاسبه روایی همگرا نشان داد که عامل کلی فراشناخت و تمامی عوامل آن به جز «خودهشیاری شناختی» با افسردگی و اضطراب ارتباط مثبت و معنادار دارند. هم‌چنین نتایج تحلیل پایایی حاکی از مقادیر مناسب ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی برای عامل کلی و مولفه‌های (MCQ-A) بود. تحلیل عوامل تأییدی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی نیز ۵ عامل را استخراج کرد که در مجموع ۴۵ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کردند.

نتیجه‌گیری: پرسشنامه اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان، آزمونی پایا و معتبر در نمونه ایرانی می‌باشد. [م ت ع پ ز، ۱۳۹۱؛ ۱(۱): ۳۶-۲۹]

کلیدواژه‌ها: نوجوان، هنجاریابی، اختلالات اضطرابی، رواسازی

مقدمه

به‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر رویکرد شناختی در تبیین و درمان اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان، بسیاری از کودکان و نوجوانان تاکنون بهره‌چندانی از این رویکرد نبرده‌اند.^۱ نقش و اهمیت باورهای فراشناختی در ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی نخستین بار در نظریه درمانی فراشناخت مطرح شد و هدف عمده آن رفع نواقص CBT بود.^{۲،۳} فرض اصلی در این رویکرد این بود که نگرانی صرفاً یکی از علائم اضطراب نیست، بلکه یک شیوه فعال و برانگیختگی از ارزیابی و کنارآمدن توسط باورهای فردی است. لذا هدف سنجش مبتنی بر فراشناخت، کشف و استخراج باورهای فراشناختی، هم‌چنین یافتن راهبردهای مقابله‌ای و فرآیند پردازش در اختلالات اضطرابی که توسط بیماران به کار برده می‌شود.^۲ از آن‌جا که نقش باورها و فرآیندهای شناختی در عملکرد اضطرابی بزرگسالان کاملاً اثبات شده است،^۴ مطالعات مقدماتی حاکی از این است که این امر در مورد نوجوانان نیز صادق است.^۵ تاکنون برخی تحقیقات تجربی به‌طور خاص نقش عوامل شناختی را در به‌وجود آمدن و تداوم نگرانی در کودکان و نوجوانان بررسی کرده‌اند^۶ و مطالعاتی نیز نقش باورهای فراشناختی را در ایجاد و تداوم علائم اختلالات اضطرابی بزرگسالان برشمرده‌اند.^۷ پرسشنامه اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان (MCQ-A)، بر پایه‌ی مدل فراشناختی و به منظور سنجش دامنه‌ای از باورهای فراشناختی ساخته شد. چراکه بر مبنای

نظریه فراشناختی، افرادی که مبتلا به اختلالات اضطرابی هستند، از پنج راهبرد و باور فراشناختی آسیب‌زا استفاده می‌کنند که عبارتند از: ۱) باورهای مثبت راجع به نگرانی ۲) باورهای منفی راجع به نگرانی (یا باورهایی راجع به غیرقابل کنترل بودن و خطر که با نگرانی تداعی می‌شود) ۳) خرافات، تئیه و مسولیت پذیری (SPR) ۴) اطمینان شناختی و ۵- خود هشیاری شناختی. در یک بررسی در سال ۲۰۰۴ رابطه مثبت و معناداری بین عوامل (MCQ-A) با افسردگی، اضطراب و وسواس نوجوانان بهنجار یافت شد. هم‌چنین در مقایسه یک گروه از نوجوانان دچار اختلالات اضطرابی با گروه بهنجار مشخص شد گروه اضطرابی در تمامی مقیاس‌ها به جز باورهای مثبت و خودهشیاری شناختی، نمرات بیشتری از گروه بهنجار به‌دست آوردند. در این مطالعه که در رده سنی ۱۳ تا ۱۷ ساله انجام شده، کم‌سن‌ترین گروه سنی (۱۳ساله‌ها) بالاترین میزان نمرات فراشناختی را به‌دست آوردند.^۱ در مطالعه دیگری رابطه باورهای فراشناختی (عامل‌های پرسشنامه MCQ-A) را با علائم وسواس در نوجوانان بهنجار ۱۳ تا ۱۶ ساله بررسی کردند. نتایج همبستگی مثبت و بالایی را بین باورهای فراشناختی و علائم وسواس نشان دادند. هم‌چنین باورهای فراشناختی و مسولیت‌پذیری بیش از حد به‌عنوان پیش‌بین‌های مستقل و معنادار در آمیختگی فکر-کنش معرفی شدند.^۸ با توجه به آن‌چه ذکر شد، هدف این پژوهش استانداردسازی یک ابزار سنجش

۱) پرسشنامه اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان (MCQ-A): این آزمون یک پرسشنامه ۳۰ سوالی است که به منظور سنجش ابعاد باورهای فراشناختی در نوجوانان ساخته شده است. MCQ-A، از روی فرم ۳۰ سوالی بزرگسالان^۲ اصلاح شده است که خود این پرسشنامه از روی نسخه اصلی ۶۵ سوالی فراشناخت^۳ به دست آمده است. فرم بلند و نیز فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت در اجرا بر روی جمعیت بزرگسالان، اعتبار و پایایی مناسبی را به دست آورده است (دامنه ضریب آلفا برای فرم بلند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ کل برای فرم کوتاه ۰/۹۳). این آزمون ۵ خرده مقیاس از باورهای مرتبط با فکر کردن و فرآیند افکار (به ویژه نگرانی و افکار مزاحم) را اندازه می‌گیرد. از شرکت کننده خواسته می‌شود میزان موافقت خود را با هر آیتیم بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای و از "موافق نیستم" تا "کاملاً موافقم"، گزارش دهد. نسخه اصلاح شده فرم نوجوانان از نظر محتوا و نمره‌گذاری شبیه به فرم ۳۰ سوالی بزرگسالان می‌باشد. اما بسیار تلاش شده تا زبان پرسشنامه برای نوجوانان قابل درک باشد. Cartwright-Hatton و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل کلی ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ ذکر کرده‌اند.^۱ نتایج تحلیل پایایی به روش آزمون-بازآزمون و در فاصله دو هفته نیز در این مطالعه برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۲۴ تا ۰/۹۰ و برای عامل کلی ۰/۳۴ (p=۰/۰۱۷) به دست آمد.^۱

۲) پرسشنامه خلق و احساس: یک مقیاس ۳۴ سوالی است که اختصاصاً برای جداسازی کودکان و نوجوانان دارای اختلالات افسردگی طراحی شده است. سوالات این پرسشنامه تمام ملاک‌های افسردگی ذکر شده در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) و چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-IV-TR) را در بردارد. پرسشنامه خلق و احساس به دو صورت فرم نوجوانان و والدین قابل اجرا است. نسخه استفاده شده در این پژوهش، فرم نوجوانان است. این پرسشنامه علائم خلقی در دو هفته اخیر را در یک مقیاس سه درجه‌ای (درست=۲، گاهی اوقات=۱، نادرست=۰) نمره‌گذاری می‌کند. پرسشنامه خلق و احساس دارای توانایی بالایی در شناسایی کودکان و نوجوانان افسرده می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش Wood و همکاران معادل ۰/۹۴ به دست آمد. هم‌چنین مقادیر حساسیت و ویژگی پرسشنامه جهت تشخیص نوجوانان دارای اختلال افسردگی، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ به دست آمد.^۹ هم‌چنین در پژوهش نشاط‌دوست دریک نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ جهت محاسبه پایایی همسانی درونی معادل ۰/۹۱ به دست آمد. هم‌چنین ضریب همبستگی پرسشنامه خلق و احساس با پرسشنامه افسردگی بک جهت سنجش روایی همگرا، معادل ۰/۷۱ به دست آمد.^{۱۰}

۳) پرسشنامه تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان (RCMAS، Reynolds & Richmond): این پرسشنامه از معتبرترین آزمون‌های اضطراب برای کودکان و نوجوانان بوده و به منظور ارزیابی وجود یا عدم وجود نشانه‌های مرتبط با اضطراب طراحی گردیده است. قیاس (RCMAS) شامل ۳۷ گویه می‌باشد که ۲۸ گویه آن اضطراب و ۹ گویه آن سوالات

باورهای فراشناختی برای رده سنی نوجوانان است. لازم به ذکر است در پژوهش‌های داخلی نسخه بزرگسالان MCQ برای تمامی رده‌های سنی اجرا می‌شود؛ لذا وجود ابزار اختصاصی رده نوجوانان میزان روایی پژوهش‌های حوزه درمان فراشناختی را افزایش داده، باب پژوهش‌های الگوی فراشناختی را در تبیین و درمان اختلالات این رده سنی باز می‌کند.

روش کار

نمونه این پژوهش هنجاریابی شامل ۲۰۴ دانش‌آموز (دختر و پسر) مقاطع راهنمایی و متوسطه بودند که به شیوه تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای از مدارس سطح شهر اصفهان انتخاب شدند. نخست پس از کسب مجوز از Cartwright-Hatton و دریافت نسخه اصلی پرسشنامه از ایشان، به روش ترجمه معکوس، نسخه اصلی به فارسی برگردانده شد. در ترجمه علاوه بر رعایت امانت و مفهوم رسانی گویه‌ها، سعی شد که مفاهیم برای رده سنی نوجوانان ساده و قابل درک باشد. لذا پیش از تهیه نسخه نهایی از چند نوجوان خواسته شد پرسشنامه را خوانده و در مورد مفهوم مورد نظر محققان از هر گویه اظهار نظر کنند. روایی صوری پرسشنامه نیز توسط چند تن از اساتید روان‌شناسی بازمینی قرار گرفته و تایید شد. پیش از توزیع پرسشنامه‌ها در بین دانش‌آموزان، به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش از مسئولین هر مدرسه مجوز اجرای پژوهش اخذ شد سپس جهت رعایت اصل رضایت آگاهانه و اختیار، توسط دستیاران پژوهش به شرکت کنندگان درباره اهداف کلی پژوهش توضیحاتی داده شد و از آنان خواسته شد در صورت تمایل پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

هم‌چنین جهت رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی و آماری منتشر خواهد شد. به منظور بررسی مقدماتی روایی ملاکی تعداد ۱۷ نوجوان مبتلا به اختلالات اضطرابی (۸ نفر اختلال PTSD، ۴ نفر فوبیا، ۴ نفر وسواس و ۱ نفر اختلال وحشت‌زدگی) از کلینیک‌های شهر اصفهان و ۱۷ نوجوان از نمونه بهنجار به شیوه در دسترس انتخاب شدند و پس از هماهنگی و کسب اجازه از خانواده‌های ایشان پرسشنامه (MCQ-A) را تکمیل کردند.

به جهت افزایش روایی از هر دو گروه پیش از اجرا، مصاحبه تشخیصی بر مبنای معیارهای (DSM-IV-TR) انجام گرفت. پرسشنامه‌های خلق و احساس و پرسشنامه تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان نیز برای تعیین روایی همگرا استفاده شدند.^۹ دلیل استفاده از این ابزارها این است که بنا به عقیده Cartwright-Hatton، پیش بینی می‌شود باورهای فراشناختی همبستگی مثبت و معناداری با ابزارهای سنجش اضطراب و افسردگی داشته باشند. به منظور تعیین روایی سازه پرسشنامه از تحلیل عوامل تأییدی و به روش مولفه‌های اصلی با چرخش نهایی واریانس استفاده شد. جهت تعیین پایایی نیز از روش‌های همسانی درونی (آلفای کرونباخ و ضریب دو نیمه سازی) استفاده شد.

دروغ‌سنج است. مطالعات متعددی در خارج از کشور روایی و پایایی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند.^{۱۱} در پژوهشی در ایران، پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون و دونیمه‌سازی معادل ۰/۶۷ و ۰/۶۶ به دست آمد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد این ابزار قادر به تمیز‌گذاری بین نمونه بهنجار و بیماران اضطرابی می‌باشد.^{۱۱}

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۲۰۴ نوجوان (۱۰۳ نفر دختر، ۱۰۱ نفر پسر) مقطع راهنمایی تا سوم دبیرستان بودند که در محدوده‌ی سنی ۱۳ تا ۱۷ سال قرار داشتند. میانگین سنی آن‌ها $15/08 \pm 1/48$ سال بود. از نظر تحصیلات پدر و مادر نیز در محدوده‌ی بی‌سواد تا دکترا قرار داشتند. بیشترین دامنه سنی شرکت‌کننده، نوجوانان ۱۴ ساله بودند (۲۳٪) و بیشترین درصد تحصیلات پدر و مادر نیز در هر دو گروه دیپلم بود (۴۹٪). میانگین باورهای فراشناختی و مولفه‌های آن به تفکیک رده سنی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین ابعاد باورهای فراشناختی و مولفه‌ها به تفکیک رده سنی

رده سنی	۱۳سال	۱۴سال	۱۵سال	۱۶سال	۱۷سال
عوامل	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
باورهای مثبت	۱۰/۸۸±۳/۸۵	۹/۵۸±۳/۰۴	۱۰/۲۵±۳/۷۳	۱۰/۰۴±۲/۴۴	۱۱/۵۷±۳/۲۵
باورهای منفی	۱۲/۵۹±۳/۸۰	۱۲/۵۱±۳/۴۸	۱۲/۵۵±۳/۰۹	۱۲/۱۳±۳/۲۶	۱۱/۹۸±۳/۳۷
اطمینان شناختی	۱۱/۴۷±۴/۰۶	۱۰/۷۲±۲/۸۸	۱۰/۳۴±۲/۶۱	۱۳/۷۵±۴/۷۴	۱۱/۱۵±۳/۰۲
خرافات، تنبیه	۱۱/۲۵±۳/۱۵	۱۰/۷۴±۳/۰۷	۱۱/۳۶±۳/۶۵	۱۲/۸۳±۳/۹۰	۱۱/۹۱±۲/۷۲
خودآگاهی شناختی	۱۶/۳۹±۵/۴۹	۱۶/۰۶±۳/۹۲	۱۵/۸۵±۳/۹۷	۱۵/۲۵±۴/۲۸	۱۶/۳۵±۳/۴۲
عامل کلی	۶۲/۶۰±۱/۲۸	۵۹/۶۳±۹/۹۶	۶۰/۳۷±۱/۰۴	۶۴/۰۱±۱/۰۱	۶۲/۹۹±۸/۵۹

چنانچه مشهود است رده سنی ۱۶ ساله‌ها با میانگین $64/01 \pm 1/01$ بیشترین میزان نمرات فراشناخت را در عامل کلی کسب کرده است. نوجوانان ۱۴ ساله نیز با میانگین $59/63 \pm 9/96$ کمترین میزان نمرات فراشناختی را کسب کردند. به‌منظور مقایسه دو گروه دختر و پسر از لحاظ نمرات باورهای فراشناختی از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. در تحلیل نخست نتایج تحلیل مانوای کل نشان داد تفاوت بین دو جنس از لحاظ عامل کلی فراشناخت و مولفه‌های آن معنادار نیست ($p > 0/05$). در ادامه نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در جدول ۲ جهت مقایسه دو جنس از لحاظ مولفه‌های فراشناختی نشان می‌دهد که دو گروه در هیچ یک از عوامل با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($p > 0/05$).

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاوت دو جنس در مولفه‌های فراشناختی

عوامل	گروه‌ها		p
	پسران	دختران	
	Mean±SD	Mean±SD	
باورهای مثبت	۱۰/۸۰±۳/۳۹	۱۰/۳۴±۳/۴۲	$p > 0/05$
باورهای منفی	۱۱/۹۲±۳/۱۰	۱۲/۷۶±۳/۶۲	$p > 0/05$
اطمینان شناختی	۱۱/۲۸±۳/۵۶	۱۱/۲۵±۳/۴۴	$p > 0/05$
خرافات، تنبیه و...	۱۱/۴۲±۳/۱۵	۱۱/۶۵±۳/۳۶	$p > 0/05$
خودآگاهی شناختی	۱۵/۹۰±۴/۲۵	۱۶/۲۳±۴/۰۹	$p > 0/05$

روایی

در جدول ۳ نتایج ضرایب همبستگی (MCQ-A) با پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب جهت بررسی روایی همگرا ارائه شده است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی پرسشنامه (MCQ-A) و مولفه‌های آن با

متغیرهای افسردگی و اضطراب

متغیرهای پژوهش	افسردگی	اضطراب
باورهای مثبت	$p = 0/001$	$p = 0/001$
باورهای منفی	$p = 0/02$	$p = 0/02$
اطمینان شناختی	$p = 0/002$	$p = 0/02$
SPR	$p = 0/0001$	$p = 0/0001$
خودآگاهی	$p = 0/052$	$p = 0/026$
عامل کل	$p = 0/0001$	$p = 0/0001$

نتایج نشان داد که عامل کلی فراشناخت و تمامی عوامل آن به جز «خودهشیاری شناختی» با افسردگی و اضطراب ارتباط مثبت و معنادار دارند ($p < 0/05$). جهت بررسی روایی ملاکی پرسشنامه دو گروه نوجوانان اضطرابی و بهنجار از لحاظ باورهای فراشناختی مقایسه شدند. گرچه (MCQ-A) یک آزمون لزوماً تشخیصی نیست، لیکن بر طبق پیش‌بینی نظریه فراشناخت مبنی بر این که باورهای فراشناختی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات اضطرابی نقش دارند، فرض می‌شود گروه مذکور می‌بایست میزان نمرات بیشتری در این پرسشنامه در قیاس با نمونه بهنجار به دست آورند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) به‌منظور مقایسه واریانس‌های دو گروه نوجوانان اختلال اضطرابی و نوجوانان بهنجار در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتیجه تحلیل مانوا جهت مقایسه باورهای فراشناختی در دو گروه

نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی و نوجوانان بهنجار

متغیر	گروه‌ها	Mean±SD	p
باورهای مثبت	نوجوانان اضطرابی	۱۱/۸۲±۳/۶۴	$p = 0/18$
	نوجوانان بهنجار	۱۱/۵۰±۳/۵۹	
باورهای منفی	نوجوانان اضطرابی	۱۲/۸۳±۳/۷۰	$p = 0/10$
	نوجوانان بهنجار	۱۱±۲/۵۲	
اطمینان شناختی	نوجوانان اضطرابی	۱۳±۲/۸۰	$p = 0/03$
	نوجوانان بهنجار	۱۰/۵۸±۳/۳۹	
خودهشیاری شناختی	نوجوانان اضطرابی	۱۸/۰۲±۲/۶۲	$p = 0/0001$
	نوجوانان بهنجار	۱۳/۸۸±۳/۴۹	
خرافات، تنبیه و...	نوجوانان اضطرابی	۱۱/۹۳±۲/۳۸	$p = 0/009$
	نوجوانان بهنجار	۹/۴۷±۲/۷۸	
عامل کلی	نوجوانان اضطرابی	۶۷/۳۰±۸/۸۹	$p = 0/0001$
	نوجوانان بهنجار	۵۴/۷۶±۱۱/۲۷	

نتایج مقایسه دو گروه از لحاظ باورهای فراشناختی نشان می‌دهد دو گروه از لحاظ عامل کلی باورهای فراشناختی و تمامی مولفه‌های آن به جز «باورهای مثبت درباره نگرانی» و «باورهای منفی درباره نگرانی» با یکدیگر

از چرخش نیز ثابت ماند. مقادیر آیین برای تمام عوامل بالاتر از یک بوده و تمامی گویه‌ها به جز ۱۱، ۱۳ و ۲۷ به درستی در عوامل مربوط قرار گرفتند.

جدول ۴: بارهای عاملی پرفش یافته به روش واریماکس بر روی کل

عوامل ردیف	باورهای مثبت	باورهای منفی	اطمینان شناختی	SPR	خودشناسی شناختی
۱	۰/۴۷	-	-	-	-
۲	-	۰/۵۳	-	-	-
۳	-	-	-	-	۰/۶۱
۴	-	۰/۴۷	-	-	-
۵	-	-	-	-	۰/۶۹
۶	-	-	-	۰/۶۵	-
۷	۰/۵۵	-	-	-	-
۸	-	-	۰/۷۸	-	-
۹	-	۰/۴۴	-	-	-
۱۰	۰/۵۹	-	-	-	-
۱۱	حذف	حذف	حذف	حذف	حذف
۱۲	-	-	-	-	۰/۶۹
۱۳	حذف	حذف	حذف	حذف	حذف
۱۴	-	-	۰/۳۱	-	-
۱۵	-	۰/۵۷	-	-	-
۱۶	-	-	-	-	۰/۳۸
۱۷	-	-	۰/۶۹	-	-
۱۸	-	-	-	-	۰/۴۷
۱۹	۰/۶۹	-	-	-	-
۲۰	-	-	-	۰/۶۴	-
۲۱	-	۰/۴۶	-	-	-
۲۲	-	-	-	۰/۵۷	-
۲۳	۰/۶۲	-	-	-	-
۲۴	-	-	۰/۶۰	-	-
۲۵	-	-	-	۰/۴۰	-
۲۶	-	-	۰/۷۰	-	-
۲۷	حذف	حذف	حذف	حذف	حذف
۲۸	۰/۶۶	-	-	-	-
۲۹	-	-	۰/۴۴	-	-
۳۰	-	-	-	-	۰/۶۳

بحث

نتایج نشان داد که (MCQ-A) از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی در نمونه ایرانی برخوردار است. در مقایسه گروه‌ها نیز مشخص شد که گروه اضطرابی در عامل کلی و تمامی عوامل به جز عامل‌های «باورهای مثبت درباره نگرانی» و «باورهای منفی درباره نگرانی» با نمونه بهنجار تفاوت معنادار دارد اما دو جنس از حیث باورهای فراشناختی با یکدیگر تفاوت مناداری ندارند. برای نخستین بار Matthews و Wells با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات اقدام به ارائه مدلی نظری کردند که بر روی باورهای فراشناختی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روان‌شناختی تأکید می‌کند. مدل اختلالات اضطرابی Matthews و Wells یا مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF)، مستقیماً فراشناخت و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری اضطرابی و تداوم اختلال اضطرابی پیوند می‌دهد.

در فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معنادار دارند ($p < 0.05$). گرچه با توجه به میانگین‌های گروه‌ها، نوجوانان اضطرابی در تمامی مولفه‌های مذکور نمرات بیشتری از نوجوانان بهنجار به دست آوردند.

پایایی

در این پژوهش از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی و از کل نمونه ۲۰۴ نفری به منظور محاسبه پایایی پرسشنامه (MCQ-A) استفاده شد. نتایج این دو تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج تحلیل پایایی همسانی درونی، ضریب آلفا را برای عامل کلی ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ نشان داد. همچنین مقادیر ضریب دو نیمه‌سازی نیز برای عامل کلی ۰/۷۶ و برای عوامل در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ نشان دهنده انسجام درونی (MCQ-A) می‌باشد.

جدول ۵: نتایج تحلیل پایایی آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی پرسشنامه و

عوامل	کل نمونه		پسران		دختران	
	α	دو نیمه سازی	α	دو نیمه سازی	α	دو نیمه سازی
باورهای مثبت	۰/۷۰	۰/۷۵	۰/۷۰	۰/۷۲	۰/۷۱	۰/۷۸
باورهای منفی	۰/۷۷	۰/۷۰	۰/۶۹	۰/۶۹	۰/۷۰	۰/۶۶
اطمینان شناختی	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۷۴	۰/۷۰	۰/۷۷	۰/۷۴
خرافات، تنبیه	۰/۷۳	۰/۷۰	۰/۷۳	۰/۶۹	۰/۷۳	۰/۶۹
خودآگاهی شناختی	۰/۷۴	۰/۷۰	۰/۷۴	۰/۷۱	۰/۷۲	۰/۷۰
عامل کلی	۰/۷۹	۰/۷۶	۰/۷۳	۰/۷۶	۰/۷۶	۰/۷۶

به منظور تایید ساختارهای به دست آمده در تحقیقات پیشین، در این پژوهش با استفاده از کل نمونه، از تحلیل عاملی تاییدی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی و هم‌چنین چرخش نهایی واریماکس به منظور خالص سازی عوامل به دست آمده استفاده شد.

پیش از انجام تحلیل عاملی دو پیش فرض این آزمون بررسی شد. نخست پیش فرض کفایت حجم نمونه (KMO) که براساس ملاک Kaiser و Cerny، انتخاب شد. این شاخص از صفر تا یک متغیر است و آماره کمتر از ۰/۶ نشان‌دهنده حجم ناکافی نمونه برای این تحلیل است. دیگری آزمون پیش فرض Bartlett test می‌باشد که به معنی این است که ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرها در جامعه یک ماتریس واحد را تشکیل می‌دهد. رد این پیش فرض مطلوب است.^{۱۱} نتایج این دو آزمون مقدماتی نشان داد که آماره KMO معادل ۰/۷۱۸ و آماره Bartlett test معادل ۱/۸۱۴E۳ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. لذا حجم نمونه برای تحلیل کافی بوده و همبستگی‌ها در جامعه وجود دارد و می‌توان از تحلیل عوامل استفاده کرد.

بارهای عاملی چرخش یافته به روش واریماکس در جدول ۶ ارائه شده است. در استفاده از تحلیل عاملی تاییدی با روش مولفه‌های اصلی و با قرار دادن ماده‌هایی که وزن ۰/۳۰ و بالاتر داشتند، پنج عامل به دست آمد که در مجموع ۴۵ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین کردند. این مقدار پس

منفی درباره نگرانی» با نمونه بهنجار تفاوت معنادار دارد. این نتیجه تا حدی همسو با یافته‌های Cartwright-Hatton و همکاران می‌باشد با این تفاوت که در این مطالعه مشخص شد گروه اضطرابی در تمامی مقیاس‌ها به جز باورهای مثبت درباره نگرانی و خودهشیاری شناختی، نمرات بیشتری از گروه بهنجار به دست آوردند.^۱ لازم به ذکر است با توجه به میانگین‌های دو گروه، گروه اضطرابی در دو عامل مذکور نیز میانگین بالاتری به دست آورده است، لیکن این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست. نتایج تحلیل پایایی ضریب آلفا را برای عامل کلی ۰/۷۹، و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ نشان داد. هم‌چنین مقادیر ضریب دونه‌سازی نیز برای عامل کلی ۰/۷۶ و برای عوامل در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ نشان‌دهنده انسجام درونی (MCQ-A) می‌باشد. به‌منظور تأیید ساختارهای پیش‌بینی شده در مدل Wells و تحقیقات پیشین از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. چنان‌چه پیشتر آمد پرسشنامه (MCQ-A)، از روی فرم ۳۰ سوالی بزرگسالان اصلاح شده است که خود این پرسشنامه از روی نسخه اصلی ۶۵ سوالی فراشناخت به دست آمده است. نتایج تحلیل عاملی نشان داد تمامی گویه‌ها به جز ۱۱، ۱۳ و ۲۷ در عامل‌های مربوط قرار گرفتند، لذا به دلیل این که این سه عامل با وزن کم در عامل‌های نامربوط قرار گرفتند و نیز در مقدار پایایی هم تأثیر اندکی داشتند، از مجموعه‌ی گویه‌ها حذف شدند. عامل باورهای مثبت، اطمینان شناختی و خودهشیاری مطابق با پژوهش Cartwright-Hatton بود.^۱ عامل SPR نیز مطابق با تحقیق مذکور به جز برای ماده‌های ۲۷ و ۱۳ و عامل باورهای منفی درباره نگرانی نیز به جز برای گویه ۱۱ مطابق با پژوهش مذکور بود. در مجموع این نتایج همخوان با یافته‌های پژوهش‌ها برای نمونه بزرگسال می باشد.^{۱۳-۱۷}

از محدودیت‌های قابل ذکر در پژوهش حاضر می‌توان به عدم دسترسی محققان به پرسشنامه‌های افکار وسواسی و نگرانی در محدوده‌ی این رده سنی به‌منظور انجام روایی همگرا اشاره کرد. چرا که از مجموعه گزارش‌های منتشر شده، همبستگی مثبت و معناداری بین باورهای فراشناختی و سیمایه‌های وسواس و نگرانی و در تأیید مدل فراشناختی دیده می‌شود. لذا استفاده از این ابزار می‌توانست غنای مقاله را افزایش دهد. هم‌چنین نمونه ناهمگن و نسبتاً کوچک نوجوانان اضطرابی امکان مقایسه زیرگروه‌های اختلال‌های اضطرابی با یکدیگر و هم‌چنین مقایسه جنسیتی در اختلالات اضطرابی و نهایتاً احتمال دستیابی به یافته‌های دقیق‌تر را محدود می‌کرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن رفع چنین محدودیت‌هایی ابزارهای سنجش فراشناختی برای رده سنی کودکان نیز مورد سنجش قرار گیرد و آزمون‌هایی که ابعاد دیگر باورهای فراشناختی هم‌چون در آمیختگی افکار و نگرانی را می‌سنجد نیز در این محدوده سنی اعتباریابی شوند. هم‌چنین گروه‌های مختلف نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی با حجم نمونه کافی انتخاب شده و از حیث باورهای فراشناختی با یکدیگر مقایسه شوند. در مجموع و بر پایه‌ی شواهد به دست آمده، می‌توان (MCQ-A) را

اگرچه در مقایسه با ادبیات بزرگسالان در مدل فراشناختی اختلالات روان شناختی، سخت محتاطانه خواهد بود که الگوی بزرگسالان را در مورد کودکان انتقال دهیم؛ لیکن به نظر می‌رسد که باورهای فراشناختی که در اختلالات اضطرابی بزرگسالان تأثیر دارند در نوجوان نیز وجود دارند یا که آن‌ها به طریقی با مشکلات اضطرابی آن‌ها رابطه دارند.^۱ در این مطالعه نخست شاخص‌های توصیفی باورهای فراشناختی برای پنج رده سنی حاضر در پژوهش به دست آمد که نتایج نشان داد ۱۶ ساله‌ها بیشترین و ۱۴ ساله‌ها کمترین میزان نمرات ابعاد فراشناختی را به دست آوردند. در تحقیقی مشابه رده سنی ۱۳ ساله‌ها بیشترین و ۱۴ ساله‌ها کمترین نمرات را کسب کردند. طبق نظر محققان پژوهش مذکور این مفاهیم در ۱۳ سالگی افزایش می‌یابد،^۱ که البته یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد در نمونه ایرانی ۱۶ ساله‌ها بیشترین میزان باورهای فراشناختی را دارند. مضاف بر این که به نظر نمی‌رسد با افزایش سن میزان باورهای فراشناختی لزوماً افزایش یابد. به جهت سنجش میزان باورهای فراشناختی در دو جنس نیز از تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد دختران و پسران در عامل کلی باورهای فراشناختی و ابعاد آن با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. این یافته نیز موید نتایج Cartwright-Hatton و همکاران است که بین دو جنس از لحاظ باورهای فراشناختی تفاوت معناداری گزارش نکردند؛ لذا به نظر نمی‌رسد جنسیت عامل مهمی در بروز و وجود باورهای فراشناختی باشد. به‌منظور سنجش روایی همگرای پرسشنامه از پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب استفاده شد، چرا که بر طبق پیش‌بینی مدل (S-REF)، باورهای فراشناختی مربوط به تنظیم و تفسیر شناخت فرد، باید با آسیب‌پذیری اختلالات اضطرابی رابطه مثبتی داشته باشند. به‌ویژه باورهای مثبت درباره نگرانی و باورهای منفی در مورد شناخت (مثل عدم کنترل و پیامدهای منفی افکار) باید خصیصه‌های مربوط به اختلالات اضطرابی باشند. نتایج ضریب همبستگی پرسون پیش‌بینی این مدل را برای تمامی عوامل به جز خودهشیاری شناختی تأیید می‌کند. بدین معنی که عامل کلی باورهای فراشناختی و تمامی عوامل آن به جز عامل مذکور با افسردگی و اضطراب ارتباط مثبت و معنادار نشان دادند. همسو با این یافته، در یک بررسی مقدماتی بر روی مدل فراشناختی در سال ۱۹۹۷ محققین به این نتیجه رسیدند که باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی با اضطراب خصلتی، وسواس‌ها، بررسی‌های اجباری و آسیب‌پذیری نسبت به نگرانی‌های مربوط به سلامتی و نگرانی‌های اجتماعی همبستگی مثبت دارند. هم‌چنین تمام مقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت همبستگی مثبت و معناداری با افکار وسواسی، اضطرابی و نگرانی‌های اجتماعی داشت.^{۱۳}

در یک بررسی مقدماتی و جهت تعیین روایی ملاکی دو گروه نوجوانان اضطرابی و بهنجار با یکدیگر مقایسه شدند. چرا که بر طبق پیش‌بینی مدل فراشناختی گروه اضطرابی می‌بایست نمرات بیشتری در باورهای فراشناختی نسبت به گروه گواه کسب کنند. نتایج نشان داد گروه اضطرابی در عامل کلی و تمامی عوامل به جز عامل‌های «باورهای مثبت درباره نگرانی» و «باورهای

این مطالعه با حمایت مادی و معنوی هیچ سازمانی انجام نشده است.

آزمونی پایا و معتبر جهت سنجش باورهای فراشناختی دخیل در اختلالات اضطرابی و در نمونه ایرانی دانست.

سیاسگزارى

References

1. Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth JB, et al. Development and preliminary validation of the meta-cognitions questionnaire-adolescent version. *J Anxiety Disord* 2004; 18(3): 411-422.
2. Wells A. Emotional disorders and meta cognition: Innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley and Sons Press; 2000: 13-85.
3. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 34(11-12): 881-888.
4. Clark D, Winton E, Thynn L. A further experimental investigation of thought suppression. *Behav Res Ther* 1993; 31(2): 207-210.
5. Bacow TL, Pincus DB, Ehrenrieiche JT and Brody LR. The metacognitions questionnaire for children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2009; 23(3): 727-736.
6. Laugesen N, Dugas MJ, Bukowski WM. Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31(1): 55-61.
7. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Meta cognition and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Behav Ther* 2001; 32(1): 85-102.
8. Matthews L, Reynolds S, Derisley J. Examining cognitive models of obsessive-compulsive disorder in adolescents. *Behav Cognit Psychother* 2006; 35(2): 149-163.
9. Wood A, Kroll L, Moore A and Harrington R. Properties of the mood and feeling questionnaire in adolescent psychiatric outpatients: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36(2): 327-334.
10. Neshat-Doost HT. A compare of severity of depression in boys and girls in gymnasium and junior high school. *Res Educ Psychol* 1998; 2(1): 73-74.
11. Taghavi MR, Alishahi M. Validity and reliability of children's manifest anxiety scale (CMAS). *J Psychol* 2003; 28(4): 342-375.
12. Molavi H. [Practical guidance of SPSS 10-13-14 in behavioral sciences] Persian. Isfahan: Puyesh Andishe Press; 2007.
13. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11(3): 279-296
14. Shirinzadeh DS, Gudarzi MA, Ghanizadeh A and Taghavi MR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Iran J Psychaitry Clin Psychol* 2008; 14(1): 46-55.
15. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognit Behav Pract* 2002; 8(2): 160-164.
16. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, et al. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 43(4): 421-436.
17. Wells A, Cartwright-Hatton SA. Short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004; 42(4): 385-396.

Validation of the Adolescent Meta-cognition Questionnaire Version

Kazem Khoramdel,¹ Parinaz Sajadian,¹ Fatemeh Bahrami,² Sadegh Zangeneh³

Received: 27/Dec/2010

Accepted: 5/May/2011

Background: The role and importance of meta-cognitive beliefs in creating and retaining of anxiety disorders were explained initially in meta-cognitive theory. The purpose of this study was to validate the Meta-cognitions Questionnaire-Adolescent version (MCQ-A) in normal Iranian people and compare of meta-cognitive beliefs between adolescents with anxiety disorders and normal individuals.

Materials and Method: This was a standardized study. First of all, the original version was translated into Persian then administered to 204 (101 boys and 103 girls) adolescent aged 13 through 17 years. They have been clustered randomly. They were selected from the schools of Isfahan, together with mood and feelings questionnaire and revised children's manifest anxiety scale. In order to assess reliability, method of internal consistency (Chronbach's alpha and split-half coefficient) was used, and also in order to assess validity, convergent validity, criterion validity and confirmatory factor analysis were used.

Results: The results of correlation coefficient of convergent validity showed a relation between total score of (MCQ-A) and its components with anxiety and depression except cognitive self-consciousness. Data were indicative of appropriate level of Cronbach's alpha and split-half reliability coefficients of the MCQ-A and extracted factors. The results of factor analysis by principle components analysis and using varimax rotation showed 5 factors that account for 0.45% of the variance.

Conclusion: MCQ-A has satisfactory psychometric properties in Iranian people. [ZJRMS, 2012; 14(1): 29-36]

Keywords: Adolescent, MCQ-A, anxiety disorder, validation.

1. MSc of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor of Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.
3. MSc of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Sciences and Researches University, Tehran, Iran.

Please cite this article as: Khoramdel K, Sajadian P, Bahrami F, Zangeneh S. Validation of the adolescent meta-cognition questionnaire version. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2012; 14(1): 29-36.

META-COGNITIONS QUESTIONNAIRE - A

با سلام، دانش آموزان گرامی ما علاقه مندیم ببینیم انسان ها چگونه فکر می کنند. سوالات زیر تعدادی از اعتقادات و باورهای افراد فهرست شده است. لطفاً هر کدام را بخوانید و مشخص کنید چه مقدار با هر کدام موافقت و یا در مورد شما صدق می کند. سوالات باور های کلی شما را می سنجد لذا پاسخ صحیح یا غلطی وجود ندارد.

گزاره	موافق نیستم	کمی موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
۱- نگران شدن به من کمک می کند تا از بروز مشکلات در آینده اجتناب کنم.				
۲- نگران شدن برایم بد است.				
۳- من راجع به افکار خودم خیلی فکر می کنم.				
۴- اگر من به مدت طولانی نگران باشم، این می تواند مرا مریض کند.				
۵- وقتی راجع به مسائلی که در سر دارم فکر می کنم، متوجه میشوم ذهنم چگونه کار می کند.				
۶- اگر من افکار نگرانی را از سرم بیرون نکنم و بعد اتفاق بدی بیفتد، این تقصیر من است.				
۷- لازم است که من مدام نگران باشم تا اینکه رفتارم درست تر باشد.				
۸- برای یادآوری کلمات و اسامی به حافظه ام اطمینان کمی دارم.				
۹- فکرهای نگران کننده من با وجود تلاشم برای توقف آنها ادامه پیدا می کند.				
۱۰- نگران شدن به من کمک می کند تا مشکلات را در ذهنم حل کنم.				
۱۱- نمی توانم به افکار نگران کننده ام بی توجه باشم.				
۱۲- من افکار خودم را کنترل میکنم.				
۱۳- من باید تمام مدت افکار خودم را کنترل کنم.				
۱۴- گاهی حافظه من میتواند مرا به اشتباه بیندازد.				
۱۵- نگرانی های من میتواند مرا دیوانه کند.				
۱۶- من دائم حواسم به افکار خودم هست.				
۱۷- من حافظه ضعیفی دارم.				
۱۸- من به نحوه فعالیت ذهنم توجه زیادی میکنم.				
۱۹- نگران شدن به من کمک میکند تا احساس بهتری بکنم.				
۲۰- ناتوانی در کنترل افکارم نشانهء ضعف من است.				
۲۱- وقتی راجع به چیزی نگران می شوم نمی توانم جلوی خودم را بگیرم.				
۲۲- بخاطر کنترل نکردن بعضی از افکارم، اتفاق بدی برایم خواهد افتاد.				
۲۳- نگرانی به من کمک می کند تا مشکلاتم را حل کنم.				
۲۴- من اطمینان کمی به حافظه ام برای یادآوری و حفظ کردن جای مکان ها دارم.				
۲۵- فکر کردن در مورد بعضی از افکار بد است.				
۲۶- من به حافظه خودم هیچ اعتمادی ندارم.				
۲۷- اگر نتوانم افکار خودم را کنترل کنم قادر به انجام کاری نیستم.				
۲۸- من باید نگران شوم تا اینکه خوب فعالیت کنم.				
۲۹- به حافظه ام در مورد کارهایی که انجام دادم اطمینان کمی دارم.				
۳۰- من دائم افکار خودم را بررسی می کنم.				