The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Obsessive–Compulsive Disorder, Fear of Negative Evaluation, and Self-Control in Medical Students with Social Anxiety Disorder

Farzin Bagheri Sheykhangafshe[1*], Hanieh Kavoosi[2], Seyyedeh Somayyeh Baradaran[3], Vahid Savabi Niri[3], Jafar Hasani[4]

[1]Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
[2]Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Golestan, Iran
[3]Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
[4]Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

Article Info:

Received: **12 July 2026** ***Revised:*** **8 Aug 2026** ***Accepted:*** **26 Aug 2026**

ABSTRACT

Introduction: Social Anxiety Disorder (SAD) is prevalent among medical students due to the competitive and evaluation-oriented nature of academic and clinical environments, and it may adversely affect their academic and professional performance. The present study aimed to determine the effectiveness of Metacognitive Therapy (MCT) on Obsessive–Compulsive Disorder (OCD), fear of negative evaluation, and self-control in medical students with SAD. ***Materials and Methods:*** This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group. The statistical population consisted of medical students from universities in Tehran province. Thirty-six students were randomly assigned to an experimental group (n=18) and a control group (n=18). Data collection instruments included the Social Anxiety Inventory, the Padua Inventory, the Brief Fear of Negative Evaluation Scale, and the Short Self-Control Scale. The experimental group received eight 90-minute sessions of Metacognitive Therapy. ***Results:*** The findings indicated that MCT significantly reduced OCD, fear of negative evaluation, and significantly increased inhibitory self-control and initiatory self-control among medical students with SAD. ***Conclusion:*** Interventions based on modifying metacognitive processes can play a significant role in restructuring maladaptive cognitive and emotional patterns. Alterations in the appraisal and regulation of thoughts appear to reduce psychological distress and enhance individual self-regulatory mechanisms.

Keywords:

1. Cognition
2. Emotions
3. Psychological Distress

***Corresponding Author:** Farzin Bagheri Sheykhangafshe
Email: *farzinbagheri@modares.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

اثربخشی فراشناخت درمانی بر اختلال وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی و خودکنترلی دانشجویان پزشکی دارای اختلال اضطراب اجتماعی

فرزین باقری شیخانگفشه[1*]، حانیه کاووسی[2]، سیده سمیه برادران[3]، وحید صوابی نیری[3]، جعفر حسنی[4]

[1]گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[2]گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، گلستان، ایران
[3]گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
[4]گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۲۱ تیر ۱۴۰۵ **اصلاحیه:** ۱۷ مرداد ۱۴۰۵ **پذیرش:** ۴ شهریور ۱۴۰۵

چـــــکیده

مقدمـــه: اخـتلال اضطـراب اجتمـاعی در میـان دانشـجویان پزشـکی، به‌دلیـل ماهیـت رقابـتی و ارزیابی‌محـور محیط‌هـای آمـوزشی و بالیـنی، شیـوع قابل‌توجـهی دارد و می‌توانـد عملکـرد تحصیـلی و حرفـه‌ای آنـان را تحـت تأثیـر قـرار دهـد. پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن اثربخـشی فراشـناخت‌درمانی بـر اخـتلال وسـواس فکـری- جبـری، تـرس از ارزیـابی منـفی و خودکنتـرلی در دانشـجویان پزشـکی مبـتلا بـه اخـتلال اضطـراب اجتمـاعی انجـام شـد. **مـواد و روش‌هـا:** ایـن پژوهـش بـا اسـتفاده از طرح شـبه‌تجربی و به‌صـورت پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون بـا گـروه گـواه انجـام شـد. جامعـۀ آمـاری پژوهـش شـامل دانشـجویان پزشـکی دانشـگاه‌های اسـتان تهـران بـود. تعـداد ۳۶ دانشـجو به‌صـورت تصـادفی در گـروه آزمایـش (۱۸ نفـر) و گـواه (۱۸ نفـر) جایگزیـن شـدند. ابزارهـای گـردآوری داده‌هـا شـامل سیاهـه اضطـراب اجتمـاعی، سیاهـه پـادوا، فـرم کوتـاه مقیـاس تـرس از ارزیـابی منـفی و مقیـاس کوتـاه خودکنتـرلی بـود. گـروه آزمایـش ده جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای فراشـناخت‌درمانی دریافـت کـرد. **یافته‌هـــا:** یافته‌هـا نشـان داد کـه فراشـناخت‌درمانی به‌طـور معنـاداری موجـب کاهـش اخـتلال وسـواس فکـری- جبـری و تـرس از ارزیـابی منـفی و همچنیـن افزایـش خودکنتـرلی بازدارنـده و خودکنتـرلی آغازگـر در دانشـجویان پزشـکی مبـتلا بـه اخـتلال اضطـراب اجتمـاعی شـد. **نتیجه‌گیری:** مـداخلات مبتـنی بـر اصلاح فرایندهـای فراشـناختی می‌تواننـد نقـش مهـمی در بازسـازی الگوهـای ناسـازگار شـناختی و هیجـانی ایفـا کننـد. بـه نظـر می‌رسـد تغییـر در نحـوه ارزیـابی و تنظیـم افـکار می‌توانـد بـه کاهـش آشـفتگی روانشـناختی و تقویـت سـازوکارهای خودتنظیـمی فـرد منجـر شـود.

واژه‌های کلیدی:

۱- شناخت
۲- هیجان
۳- پریشانی روانشناختی

***نویسنده مسئول:** فرزین باقری شیخانگفشه

پست الکترونیک: *farzinbagheri@modares.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

مقدمه

دانشجویان پزشکی[1] در معرض فشارهای روانی و تحصیلی شدیدی قرار دارند که می‌تواند خطر بروز اختلال اضطراب اجتماعی[2] را افزایش دهد (۱). این اختلال با ترس شدید و پایدار از ارزیابی منفی دیگران در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود و می‌تواند توانایی فرد در تعاملات بین‌فردی، شرکت در فعالیت‌های آموزشی و یادگیری عملی را مختل کند (۲). شواهد نشان می‌دهد که اضطراب اجتماعی در این جمعیت با کاهش عملکرد تحصیلی، محدود شدن فرصت‌های بالینی و افزایش اجتناب از موقعیت‌های حرفه‌ای همراه است (۳). از سوی دیگر، ماهیت محیط پزشکی که نیازمند مهارت‌های ارتباطی بالا و مواجهه مستمر با بیماران و همکاران است، دانشجویان را در معرض چالش‌های روانی مضاعف قرار می‌دهد (۴). الجوهانی و همکاران[3] در پژوهشی بر روی دانشجویان پزشکی عربستان نشان داد که شیوع اختلال اضطراب اجتماعی حدود ۵۱ درصد است و ۲۱/۸ درصد و ۲۱/۴ درصد به ترتیب دچار نوع شدید و بسیار شدید بودند (۲). همچنین خطر ابتلا در زنان، دانشجویان دانشگاه‌های خصوصی، روش‌های آموزشی غیرمبتنی بر حل مسئله، افراد با سابقه مردودی و معدل پایین بیشتر گزارش شد (۲).

بر اساس بررسی‌های انجام شده اختلال وسواس فکری-جبری[4] و اضطراب اجتماعی به طور قابل توجهی با یکدیگر همبستگی دارند (۵). وسواس‌های فکری مکرر و نگرانی‌های بیش از حد در اختلال وسواس فکری-جبری می‌توانند به افزایش حساسیت فرد نسبت به قضاوت دیگران منجر شوند، که این امر ترس اجتماعی و اجتناب از موقعیت‌های گروهی را تشدید می‌کند (۶). در دانشجویان پزشکی، این وضعیت ممکن است باعث شود که حتی در تمرین‌های بالینی یا ارائه‌های شفاهی، دچار استرس شدید و اختلال در عملکرد شوند (۷). علائم وسواسی مانند نیاز به کامل‌گرایی و کنترل مداوم می‌تواند باعث افزایش خودانتقادی و نگرانی در مواجهه با ارزیابی‌های اجتماعی شود (۸). به ویژه در محیط‌های بالینی و آموزشی پزشکی، که بازخورد مستقیم و ارزیابی مداوم از عملکرد فرد وجود دارد، این ویژگی‌ها می‌توانند شدت اضطراب اجتماعی را افزایش دهند (۹).

ترس از ارزیابی منفی[5] یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب اجتماعی است (۱۰). این ترس ناشی از انتظار فرد از قضاوت منفی دیگران است و می‌تواند باعث اجتناب از تعاملات اجتماعی و کاهش مشارکت در فعالیت‌های آموزشی شود (۱۱). در دانشجویان پزشکی، ترس از ارزیابی مداوم توسط اساتید و همکاران بالینی می‌تواند باعث اضطراب شدید و اختلال در ارائه و یادگیری عملی شود (۱۲). دانشجویانی که نگران قضاوت دیگران هستند، اغلب از ارائه گزارش‌های بالینی، شرکت در بحث‌های گروهی یا تعامل مستقیم با بیماران اجتناب می‌کنند (۱۳). این اجتناب نه تنها کیفیت یادگیری و تجربه بالینی را کاهش می‌دهد، بلکه می‌تواند باعث بروز احساس ناکارآمدی و افزایش اضطراب اجتماعی شود. علاوه بر اثرات کوتاه‌مدت بر عملکرد تحصیلی، ترس از ارزیابی منفی می‌تواند پیامدهای بلندمدتی بر مسیر حرفه‌ای دانشجویان پزشکی داشته باشد (۱۴). دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی، ممکن است از فرصت‌های بالینی و پژوهشی اجتناب کنند، روابط حرفه‌ای ضعیف ایجاد کنند و مهارت‌های ارتباطی حیاتی در پزشکی را پرورش ندهند (۱۱).

خودکنترلی[6] به توانایی فرد برای تنظیم هیجانات، رفتارها و انگیزه‌ها در مواجهه با محرک‌های مختلف اطلاق می‌شود (۱۵). در دانشجویان پزشکی، فقدان مهارت‌های خودکنترلی می‌تواند اضطراب حین ارائه، آزمون‌های عملی یا تعامل با بیماران را تشدید کند (۱۶). از سوی دیگر، خودکنترلی بالا می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی عمل کند و فرد را قادر سازد تا اضطراب اجتماعی خود را کنترل کند و عملکرد تحصیلی و بالینی بهتری داشته باشد (۱۷). دانشجویانی که مهارت‌های تنظیم هیجان و مدیریت استرس قوی دارند، توانایی بیشتری برای مواجهه با بازخورد منفی، فشارهای تحصیلی و تعاملات پیچیده با بیماران دارند و بنابراین کمتر دچار اجتناب اجتماعی می‌شوند (۱۸). بررسی‌ها نشان می‌دهند که مداخلات روانشناختی که بر بهبود خودکنترلی و مهارت‌های تنظیم هیجانی تمرکز دارند، می‌توانند شدت اضطراب اجتماعی را کاهش دهند و کیفیت عملکرد تحصیلی و بالینی دانشجویان پزشکی را افزایش دهند (۱۹).

درمان فراشناختی[7] بر نحوه نگرش و واکنش فرد نسبت به افکار خود تمرکز دارد و هدف اصلی آن اصلاح الگوهای فکری مشکل‌ساز و باورهای نادرست درباره فرآیند تفکر است (۲۰). این رویکرد بر این فرض استوار است که مشکلات روانشناختی، از جمله اضطراب و افسردگی،

[1] Medical students
[2] Social Anxiety Disorder
[3] Al Johani et al.
[4] Obsessive-Compulsive Disorder
[5] Fear of negative evaluation
[6] Self-control
[7] Metacognitive Therapy

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

بیشتر ناشی از واکنش‌های فرد به افکار مزاحم و پردازش ذهنی مکرر است تا محتوای واقعی افکار (۲۱). با تغییر نگرش نسبت به افکار و کاهش توجه به تفکر مداوم و بی‌ثمر، فرد می‌تواند شدت علائم روانشناختی خود را به طور چشمگیر کاهش دهد و کنترل بیشتری بر هیجانات و رفتارهای خود داشته باشد (۲۲). این درمان با آموزش مهارت‌هایی مانند شناسایی باورهای نادرست درباره تفکر، توقف پردازش ذهنی مزاحم و تنظیم واکنش‌های هیجانی، توانایی فرد را در مدیریت فشارهای روانی و استرس افزایش می‌دهد (۲۳). نتایج مطالعات ایرانی نیز حاکی از آن است که اثرات درمان فراشناختی پایدارتر از برخی روش‌های روان‌درمانی سنتی است و کاهش علائم حتی در پیگیری‌های بلندمدت نیز مشاهده می‌شود. در همین راستا، باقری شیخانگفشه و همکاران در مطالعه‌ای شبه‌آزمایشی بر روی ۳۶ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نشان دادند که درمان فراشناختی در مقایسه با گروه کنترل، موجب کاهش معنی‌دار افسردگی و افزایش بازارزیابی شناختی، سرکوب هیجانی و خودپنداره شد (۲۴). همچنین، صادقی و همکاران در یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل شامل ۱۵ کارآزمایی کنترل‌شده گزارش کردند که درمان فراشناختی در مقایسه با گروه‌های کنترل، اثربخشی بیشتری در اختلالات اضطرابی دارد. این برتری در اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس فکری- جبری و اختلال استرس پس از سانحه نیز از نظر آماری معنی‌دار بود و در اختلال اضطراب فراگیر تا پیگیری ۱۲ماهه نیز تداوم داشت (۲۵). مجموع این یافته‌ها، اثربخشی درمان فراشناختی را در کاهش مشکلات هیجانی و نشانه‌های اختلالات اضطرابی و نیز پایداری نسبی آثار درمانی آن تأیید می‌کند در محیط‌های بالینی، درمان فراشناختی مزایای عملی قابل توجهی دارد. دانشجویان پزشکی که در معرض فشارهای تحصیلی و اجتماعی شدید هستند، می‌توانند با استفاده از این روش اضطراب خود را در موقعیت‌های آموزشی و بالینی کاهش دهند و عملکرد تحصیلی و بالینی خود را بهبود بخشند (۲۶). مهارت‌های فراشناختی این امکان را فراهم می‌کنند که به جای اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا، با آن‌ها مواجه شوند و تجربه یادگیری عملی خود را به حداکثر برسانند (۲۷).

اثربخشی درمان فراشناختی تنها محدود به کاهش علائم کوتاه‌مدت نیست، بلکه پیامدهای بلندمدتی بر سلامت روان و کیفیت زندگی فرد دارد (۲۸). افراد با یادگیری کنترل افکار مزاحم و مدیریت نگرانی‌های مداوم، توانایی مقابله با استرس‌های آینده را افزایش می‌دهند و خطر عود اضطراب یا افسردگی در طول زمان کاهش می‌یابد (۲۹). علاوه بر این، درمان فراشناختی می‌تواند مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی را تقویت کند و فرد را قادر سازد تا تعاملات میان‌فردی مؤثرتری داشته باشد (۳۰) با وجود شواهد موجود درباره شیوع و پیامدهای اضطراب اجتماعی در دانشجویان پزشکی، بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که هنوز چند خلأ مهم در این زمینه وجود دارد. نخست، اگرچه مطالعات متعددی به بررسی اضطراب اجتماعی یا برخی همبسته‌های آن پرداخته‌اند، مطالعاتی که به‌طور همزمان وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی و خودکنترلی را در دانشجویان پزشکی مبتلا به اضطراب اجتماعی مورد توجه قرار دهند، محدود است؛ در نتیجه، تصویر یکپارچه‌ای از تغییرپذیری این مؤلفه‌ها در پاسخ به مداخله روانشناختی در دسترس نیست. دوم، در مطالعات پیشین، تمرکز عمده بر کاهش مستقیم علائم اضطراب اجتماعی بوده و کمتر بررسی شده است که آیا فراشناخت‌درمانی می‌تواند از طریق اصلاح الگوهای پردازش فراشناختی و کاهش درگیری فرد با افکار و نگرانی‌های مداوم، همزمان بر فرایندهای مرتبط با وسواس، حساسیت به ارزیابی منفی و ظرفیت خودکنترلی اثر بگذارد. سوم، شواهد مربوط به اثربخشی فراشناخت‌درمانی در جمعیت خاص دانشجویان پزشکی مبتلا به اضطراب اجتماعی، که به‌طور همزمان با فشارهای آموزشی، ارزیابی‌های مکرر و الزامات عملکرد بالینی مواجه‌اند، همچنان محدود است. بنابراین، خلأ اصلی پژوهش حاضر نه صرفاً کمبود مطالعات درباره اضطراب اجتماعی، بلکه فقدان شواهد تجربی کافی درباره اثربخشی یک مداخله فراشناختی بر مجموعه‌ای از پیامدهای شناختی و خودتنظیمی مرتبط با اضطراب اجتماعی در دانشجویان پزشکی است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی و خودکنترلی دانشجویان پزشکی دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر شبه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعهٔ آماری شامل دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های استان تهران در سال ۱۴۰۴ می‌شد. پس از تکمیل سیاهه اضطراب اجتماعی کانور و همکاران[8]، دانشجویانی که نمرات بالاتر از ۴۰ کسب کردند به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند (۳۱). از بین این افراد ۳۶ دانشجو به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی (به شکل قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸ نفر) تقسیم شدند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول تعیین حجم

[8] Connor et al.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

نمونه در مطالعات شبه‌تجربی استفاده شد. بر اساس این فرمول و با در نظر گرفتن d=۲/۵، توان آزمون ۹۰ درصد، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و σ=۸/۱۵ (انحراف معیار)، حجم نمونه مورد نیاز ۳۲ نفر برآورد شد (۳۲). با توجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها، حجم نمونه نهایی به ۳۶ نفر افزایش یافت و ۱۸ نفر در هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. بنابراین، تعداد ۳۶ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل اشتغال به تحصیل در رشته پزشکی در یکی از دانشگاه‌های استان تهران، کسب نمره بالاتر از ۴۰ در سیاهه اضطراب اجتماعی کانور و همکاران، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نداشتن سابقه دریافت فراشناخت‌درمانی و آمادگی برای حضور منظم در جلسات مداخله بود (۳۱). ملاک‌های خروج نیز شامل انصراف داوطلبانه از ادامه همکاری، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله، شروع همزمان هرگونه روان‌درمانی یا مداخله روان‌شناختی دیگر در طول اجرای پژوهش و بروز شرایطی بود که ادامه مشارکت آزمودنی را در فرایند پژوهش ناممکن می‌ساخت. به‌منظور رعایت کامل اصول اخلاقی، پیش از آغاز اجرای مداخله، مجوز اخلاقی پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی اخذ شد (IR.KHU.REC.1404.103).

$$n = \left(\frac{\sigma(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})}{d}\right)^2$$

ابزار پژوهش

چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی: شامل سن، جنس، و مدت زمان بیماری بود

سیاهه اضطراب اجتماعی[9] (SAI): این مقیاس توسط کانور و همکاران با هدف ارزیابی اضطراب اجتماعی در ۱۶ گویه طراحی شد (۳۱). در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای بین صفر (اصلا) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات صفر تا ۶۴ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی بیشتر است. پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹، همسانی درونی با ضریب آلفا در افراد بهنجار به طور کلی برابر با ۰/۹۴ و برای سه زیرمقیاس فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و علائم فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی محتوایی این آزمون توسط متخصصان مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است. همچنین روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داده است که این ابزار دارای سه عامل متمایز (ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی) است که همسو با مدل نظری اولیه آن عمل می‌کند (۳۱). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای این مقیاس گزارش شد

سیاهه پادوا[10] (PI): پرسشنامه پادوا توسط ساناویو[11] در کشور ایتالیا ساخته شد که دارای ۶۰ گویه است و برای ارزیابی شدت نشانگان اختلال وسواس فکری جبری در شرکت‌کنندگان بالینی و نرمال، به کار می‌رود (۳۳). هر گویه به صورت صفر تا ۴ بر اساس درجه آشفتگی سنجیده می‌شود. پرسشنامه پادوا مقیاس خود گزارشی است که ابعاد وسواس فکری را از ابعاد وسواس جبری متمایز می‌کند. ساناویو با استفاده از تحلیل عاملی ۴ عامل کنترل مختل شده بر روی فعالیت‌های روانی و ذهنی، آلوده شدن، رفتارهای وارسی، تکانه‌ها و نگرانی‌های از دست دادن کنترل در فعالیت‌های حرکتی را مطرح کرد که مؤلفان دیگر در مطالعاتشان از این عوامل حمایت کرده‌اند (۳۳). در پژوهش حاضر نیز روایی همزمان و پایایی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به‌دست آمد

فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی[12] (BFNE): این مقیاس توسط لیری[13] ساخته شده و دارای ۱۲ گویه است و برای توصیف باورهای ترس‌آور و نگران‌کننده طراحی شده است (۳۴). پاسخ‌دهنده وضعیت خود را در هر پرسش برروی یک طیف ۵ گزینه‌ای (هرگز صدق نمی‌کند=۱ تا تقریباً همیشه صدق می‌کند=۵) نشان می‌دهد. بنابراین بیش‌ترین و کم‌ترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۱ تا ۶۰ است. نمرات بالا نشان‌دهنده سطح بالاتری از ترس از ارزیابی منفی است. در این مقیاس، پرسش‌های نمره‌گذاری شده مثبت (۸ گویه) و پرسش‌های نمره‌گذاری شده معکوس (۴ گویه)، وجود ترس و نگرانی را توصیف می‌کنند. لیری (۳۴) ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس را در دانشجویان بررسی کرده است و همسانی درونی را ۰/۹۶ و پایایی بازآزمایی پس از ۴ هفته، ۰/۷۵ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷ به‌دست آمد

نسخه کوتاه مقیاس خود کنترلی[14] (BSCS): تانجنی و همکاران[15] به منظور سنجش گرایش خودکنترلی، مقیاس خود کنترلی را طراحی نمودند (۳۵). نسخه اصلی مقیاس خود کنترلی، ۳۶ گویه را در بر می‌گیرد. نسخه کوتاه این مقیاس متشکل از ۱۳ گویه است که ساختاری دو عاملی شامل خودکنترلی بازدارنده و خودکنترلی اولیه دارد. مقیاس خود کنترلی به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای پاسخدهی و نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۳ تا ۶۵ است که نمرات بالاتر بیانگر خودکنترلی بیشتر است. تانجنی و همکاران همسانی درونی نسخه کوتاه مقیاس را در دو مطالعه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بیان می‌کنند (۳۵). نتایج حاکی از پایایی بازآزمایی مناسب مقیاس خود کنترلی

[9] Social Anxiety Inventory
[10] The Padua Inventory
[11] Sanavio
[12] Brief Fear of Negative Evaluation Scale
[13] Leary
[14] Brief Self-Control Scale
[15] Tang et al.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

بود (r=۰/۸۷). همچنین همبستگی مناسب مقیاس با ابزارهای مطلوبیت اجتماعی، اختلال خوردن، مصرف الکل، عزت نفس، کماگرایی و نشانه‌های بالینی حاکی از روایی خوب مقیاس خود کنترلی بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۵ به‌دست آمد

روش اجرا: پس از هماهنگی‌های لازم و کسب رضایت دانشجویان، پژوهشگران با کمک سیاهه اضطراب اجتماعی کانور و همکاران، دانشجویانی که نمرات بالاتر از ۴۰ کسب کردند به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند (۳۱). سپس شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی با کمک قرعه‌کشی به دو گروه مساوی ۱۸ نفره شامل گروه آزمایش و گروه گواه اختصاص یافتند. در ابتدا، توضیحات کلی درباره پژوهش به شرکت‌کنندگان ارائه و پس از اخذ رضایتنامه کتبی، آن‌ها وارد مطالعه شدند. برای مداخله، از فراشناخت درمانی ولز[16] بهره گرفته شد (۳۶). این آموزش‌ها توسط روانشناس بالینی و با همراهی نویسنده مسئول، در قالب ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) در کلینیک خدمات روانشناسی و مشاوره برگزار شد. شرح مختصر محتوای جلسات فراشناخت درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه گواه پس از انجام پس‌آزمون، در جلسات فراشناخت درمانی شرکت نمودند.

تمامی شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات جامع درباره اهداف، روش‌ها، مزایا و احتمالی‌ترین خطرات پژوهش، فرم رضایتنامه آگاهانه را تکمیل کردند و حضور آنان در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله از پژوهش امکان انصراف بدون هیچ‌گونه پیامد منفی برای آنان وجود دارد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. برای این منظور، از آزمون مجذور کای با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون شاپیرو-ویلک برای ارزیابی طبیعی بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون ام.باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای ارزیابی تأثیر درمان، استفاده گردید.

جدول ۱- خلاصه جلسات فراشناخت درمانی (۳۶).

جلسه	موضوع
۱	خوش‌آمدگویی، بحث درباره مکان برگزاری، تعداد جلسات، مدت زمان کل و مدت زمان هر جلسه، بیان قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنایی اعضا، توضیح ابزارهای پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان.
۲	جمع‌بندی محتوای جلسه قبل با کمک اعضا، توضیح مدل فراشناختی، آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی تفکیک‌گر، آموزش تمرکز و به تأخیر انداختن نگرانی، ارائه نمودار آن، معرفی تمرین و تأکید بر تکمیل آن، دریافت بازخورد از اعضا.
۳	بحث درباره باورهای فراشناختی مثبت و منفی و تمرین آن‌ها، آموزش تکنیک ذهن‌آگاهی شکسته، آزمایش تمرین سرکوب و عدم سرکوب تکنیک به تأخیر انداختن تمرکز روی باورهای غیرقابل کنترل.
۴	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل، چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی، آموزش تکنیک به تأخیر انداختن نگرانی، آموزش و تمرین تکنیک راهنمایی فراشناختی.
۵	دریافت بازخورد از جلسه قبل، بحث درباره تکالیف، آموزش و تمرین تداعی آزاد، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
۶	استفاده از تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر باورهای اطمینان‌بخش، تکنیک تمرکز مجدد روی نشانه‌های ایمنی، آموزش و تمرین آزمون ضدمهار، ارائه تکلیف.
۷	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکالیف، آموزش و تمرین تکنیک تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف ببر، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
۸	آموزش تکنیک ایجاد تغییر در پایش تهدید مبتنی بر باورهای خودآگاهی، استفاده از تکنیک‌های مستندسازی کلامی و رفتاری مبتنی بر باورهای مخاطره‌آمیز.
۹	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکالیف، آموزش و تمرین تکنیک حلقه کلامی، آموزش تمرین کودک سرکش، ارائه تکلیف، دریافت بازخورد و پاسخ به پرسش‌های اعضا.
۱۰	آموزش تکنیک بررسی شواهد مخالف، آماده‌سازی اعضا برای شناسایی موانع استفاده از تکنیک‌ها و جمع‌بندی نهایی.

[16] Wells

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان گروه آزمایش ۲۲/۱۴±۵/۶۲ سال و دانشجویان گروه گواه ۲۲/۹۷±۵/۱۷ سال بود. بر اساس نتایج جدول ۲، نتایج آزمون مجذور کای مشخص کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر جنس، سن، و مدت زمان بیماری تفاوت معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵).

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون نمرات اختلال وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی، و خودکنترلی در گروه آزمایش و گواه در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو- ویلک برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو- ویلک برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها طبیعی است (P>۰/۰۵).

جدول۲- مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه.
*آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار.

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	*مقدار P
سن بیمار (سال)	۱۸ تا ۲۰	۴ (۲۲/۲)	۶ (۳۳/۳)	
	۲۱ تا ۲۳	۱۱ (۶۱/۱)	۱۰ (۵۵/۵)	۰/۱۶۷
	۲۴ به بالا	۳ (۱۶/۷)	۲ (۱۱/۱)	
مدت زمان بیماری (سال)	۱ تا ۲	۵ (۲۷/۷)	۶ (۳۳/۳)	
	۳ تا ۴	۹ (۵۰/۰)	۹ (۵۰/۰)	۰/۱۰۳
	۵ به بالا	۴ (۲۲/۲)	۳ (۱۶/۷)	
جنس	دختر	۱۰ (۵۵/۵)	۱۱ (۶۱/۱)	۰/۱۱۴
	پسر	۸ (۴۴/۴)	۷ (۳۸/۹)	

جدول۳- شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه.

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معنی‌داری
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۱/۵۳	۲/۸۴	۰/۱۲۱	۰/۰۸۴
		گواه	۴۰/۷۴	۲/۱۱	۰/۰۹۶	۰/۰۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۵/۰۹	۲/۳۸	۰/۰۹۵	۰/۰۶۳
		گواه	۴۲/۱۰	۲/۰۹	۰/۱۰۳	۰/۰۷۰
وسواس فکری-جبری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵۲/۲۷	۳/۲۰	۰/۱۱۴	۰/۰۶۱
		گواه	۱۵۱/۶۶	۳/۱۱	۰/۰۹۸	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۳۳/۸۳	۳/۴۷	۰/۱۰۲	۰/۰۷۲
		گواه	۱۵۴/۰۶	۳/۲۸	۰/۰۹۴	۰/۰۶۰
ترس از ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۸/۵۰	۲/۴۷	۰/۱۱۵	۰/۰۷۹
		گواه	۳۸/۶۶	۲/۹۰	۰/۱۰۰	۰/۰۶۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۲/۵۵	۲/۱۴	۰/۱۰۶	۰/۰۶۵
		گواه	۳۹/۸۸	۲/۳۷	۰/۱۱۸	۰/۰۷۶

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

خودکنترلی بازدارنده	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۴۴	۱/۶۰	۰/۱۰۹	۰/۰۷۹
		گواه	۱۶/۹۵	۱/۱۷	۰/۱۰۵	۰/۰۵۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۱/۳۳	۱/۳۸	۰/۰۹۵	۰/۰۵۲
		گواه	۱۶/۲۷	۱/۴۲	۰/۰۹۳	۰/۰۵۶
خودکنترلی اولیه	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۰/۳۸	۱/۸۹	۰/۱۰۷	۰/۰۶۱
		گواه	۱۹/۶۱	۱/۷۴	۰/۱۰۲	۰/۰۵۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۵/۲۷	۱/۹۱	۰/۰۹۶	۰/۰۶۷
		گواه	۱۹/۲۳	۱/۵۷	۰/۱۰۸	۰/۰۷۲

نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس اختلال وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی، و خودکنترلی در گروه‌ها برابر است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است (Box M=۳۵/۱۴ ،F=۱/۲۰ ،P=۰/۰۶۶>۰/۰۵). میزان معنی‌داری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین اختلال وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی، و خودکنترلی نشان داد که رابطه بین آنها معنی‌دار است (χ^2=۱۱۵/۳۰ ،P<۰/۰۱). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است لازم به ذکر است که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی گروه (روش مداخله) × نمرات پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون از نظر آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵)؛ بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بوده و استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است (جدول شماره ۴).

با توجه به جدول شماره ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای اختلال وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی، و خودکنترلی تفاوت معنی‌داری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۶ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنی‌دار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ گزارش شده است.

جدول۴- نتایج تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون.

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۶۶	۲۲/۱۳	۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۳۴	۲۲/۱۳	۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳/۲۷۸	۲۲/۱۳	۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۲۷۸	۲۲/۱۳	۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

جدول۵- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه.

متغیرها	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر
اختلال وسواس فکری- جبری	۳۸۲۱/۲۹	۱	۳۸۲۱/۲۹	۷۶/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
ترس از ارزیابی منفی	۴۱۸/۸۳	۱	۴۱۸/۸۳	۴۳/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
خودکنترلی بازدارنده	۱۷۱/۶۲	۱	۱۷۱/۶۲	۵۴/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
خودکنترلی اولیه	۲۳۷/۰۳	۱	۲۳۷/۰۳	۶۶/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۸

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

با توجه به یافته‌های جدول ۵، آماره F اختلال وسواس فکری- جبری (F=۷۶/۹۴)، ترس از ارزیابی منفی (F=۴۳/۵۴)، خودکنترلی بازدارنده (F=۵۴/۸۹) و خودکنترلی اولیه (F=۶۶/۲۳) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۷۲ درصد از تغییرات اختلال وسواس فکری-جبری، ۵۹ درصد از ترس از ارزیابی منفی، ۶۵ درصد از خودکنترلی بازدارنده و ۶۸ درصد از خودکنترلی اولیه ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که فراشناخت درمانی به طور معنی‌داری موجب افزایش خودکنترلی و کاهش اختلال وسواس فکری- جبری و ترس از ارزیابی منفی دانشجویان پزشکی دارای اختلال اضطراب اجتماعی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر اختلال وسواس فکری– جبری، ترس از ارزیابی منفی و خودکنترلی در دانشجویان پزشکی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که فراشناخت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معنی‌داری موجب کاهش نشانه‌های وسواس فکری– جبری و ترس از ارزیابی منفی و افزایش خودکنترلی شد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اثربخشی فراشناخت‌درمانی صرفاً به کاهش نشانه‌های اضطرابی محدود نیست، بلکه می‌تواند از طریق اصلاح باورهای فراشناختی ناکارآمد، کاهش اشتغال ذهنی با افکار مزاحم، تعدیل نگرانی و افزایش انعطاف‌پذیری در نحوه پاسخ‌دهی به افکار و هیجان‌های ناخوشایند، فرایندهای شناختی و رفتاری دخیل در تداوم اختلال را نیز تحت تأثیر قرار دهد. از منظر نظری، کاهش ترس از ارزیابی منفی می‌تواند بازتاب کاهش پایش تهدید و نگرانی درباره قضاوت دیگران باشد، در حالی که کاهش نشانه‌های وسواس فکری– جبری احتمالاً با کاهش اهمیت‌دهی افراطی به افکار و تلاش برای کنترل یا خنثی‌سازی آن‌ها مرتبط است. همچنین، افزایش خودکنترلی می‌تواند نشان‌دهنده ارتقای توانایی دانشجویان در مدیریت پاسخ‌های شناختی، هیجانی و رفتاری و انتخاب واکنش‌های سازگارانه‌تر در موقعیت‌های تنش‌زا باشد در گام نخست مشخص شد درمان فراشناختی توانست شدت اختلال وسواس فکری- جبری در دانشجویان پزشکی دارای اضطراب اجتماعی را کاهش دهد، زیرا تمرکز اصلی این روش بر نحوه نگرش و واکنش فرد نسبت به افکار مزاحم است. افراد مبتلا به وسواس معمولاً دچار پردازش ذهنی مکرر و تلاش برای سرکوب افکار مزاحم هستند که این فرآیند خود باعث افزایش اضطراب و تشدید وسواس می‌شود (۸). درمان فراشناختی با آموزش تکنیک‌های توقف پردازش ذهنی و تغییر باورهای فراشناختی، این چرخه معیوب را می‌شکند و از شدت افکار وسواسی می‌کاهد (۲۴). این درمان با تمرین‌های هدفمند مانند تکنیک ذهن‌آگاهی شکسته[17] و آموزش مواجهه تدریجی با افکار مزاحم[18]، دانشجویان را قادر ساخت تا از تلاش برای کنترل افکار غیرقابل کنترل دست بکشند و به جای اجتناب، پذیرش و مدیریت آنها را یاد بگیرند (۲۹). تغییر نحوه پردازش و واکنش نسبت به افکار وسواسی باعث کاهش اضطراب همزمان و بهبود عملکرد تحصیلی و بالینی شد (۲۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر وسواس فکری- جبری همچنین به دلیل تمرکز بر تغییر باورهای منفی درباره ضرورت کنترل افکار است. دانشجویان یاد گرفتند که افکار وسواسی الزاما خطرناک یا نیازمند واکنش فوری نیستند و می‌توانند بدون سرکوب یا اجتناب به آنها نگاه کنند. این تغییر نگرش باعث کاهش زمان و انرژی صرف شده برای پردازش افکار وسواسی و کاهش علائم وسواس شد (۳۶). از دیگر سو، درمان فراشناختی به صورت معنی‌داری ترس از ارزیابی منفی در دانشجویان پزشکی دارای اضطراب اجتماعی را کاهش دهد، زیرا این روش بر شناخت و تغییر باورهای فراشناختی مرتبط با قضاوت دیگران تمرکز دارد. دانشجویانی که ترس شدیدی از ارزیابی منفی دارند، معمولاً از تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های آموزشی اجتناب می‌کنند، و این اجتناب شدت اضطراب اجتماعی را افزایش می‌دهد. با استفاده از تکنیک‌های فراشناختی مانند به تأخیر انداختن نگرانی و راهنمایی فراشناختی، دانشجویان یاد گرفتند که واکنش‌های خود نسبت به ترس از ارزیابی را کنترل کنند و نگرانی‌های پیش‌بینی‌شده را به صورت تدریجی مدیریت نمایند (۲۸). این مهارت‌ها باعث شد که افراد بتوانند بدون اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و آموزشی، در تعاملات شرکت کنند و تجربه موفقیت‌آمیز داشته باشند (۲۹). تمرین‌های مواجهه تدریجی با باورهای منفی و تمرکز بر پذیرش افکار به جای سرکوب آنها، ترس از ارزیابی منفی را کاهش داد (۲۷). درمان فراشناختی به دانشجویان کمک کرد تا باور کنند که بازخورد منفی الزاما به معنای ناکارآمدی آن‌ها نیست و می‌توانند با مدیریت واکنش‌های ذهنی، از فرصت‌های یادگیری و تعاملات اجتماعی بهره ببرند (۲۱). در نهایت، کاهش ترس از ارزیابی منفی نتیجه تغییرات در نحوه پردازش افکار و نگرش به بازخورد اجتماعی بود (۳۰). همچنین، درمان فراشناختی موجب افزایش خودکنترلی دانشجویان پزشکی دارای اضطراب اجتماعی شد، زیرا این روش مهارت‌های تنظیم هیجان و کنترل واکنش‌های ذهنی و رفتاری را تقویت می‌کند. دانشجویان با آموزش تکنیک‌های توقف پردازش ذهنی و توجه هدایت‌شده، توانستند رفتارهای اجتنابی و واکنش‌های هیجانی فوری را کنترل کنند. تمرین‌های هدفمند مانند تمرکز مجدد، تجویز ذهن سرگردان و تکنیک‌های راهنمایی فراشناختی

[17] Broken Mindfulness Technique
[18] Gradual Exposure Training to Intrusive Thoughts

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

به دانشجویان کمک کرد تا توجه خود را بر افکار و احساسات غیرضروری معطوف نکنند و واکنش‌های خود را به جای خودکار بودن، آگاهانه مدیریت کنند (۲۵). این فرآیند منجر به افزایش کنترل رفتاری و کاهش واکنش‌های هیجانی ناگهانی شد. تغییر باورهای فراشناختی و کاهش افکار مزاحم باعث شد که دانشجویان احساس قدرت و تسلط بیشتری بر رفتار و تصمیمات خود داشته باشند (۲۸). توانایی مدیریت افکار و نگرانی‌ها، خودکنترلی آن‌ها را افزایش داد و اجازه داد که در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی و تحصیلی بدون اضطراب اضافی عمل کنند (۲۶). در مجموع، افزایش خودکنترلی نتیجه ترکیبی از آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، مواجهه هدفمند با افکار و اصلاح باورهای فراشناختی بود. درمان فراشناختی به دانشجویان کمک کرد تا رفتارهای اجتنابی و واکنش‌های هیجانی خودکار را کاهش دهند و توانایی کنترل ذهنی و رفتاری خود را در موقعیت‌های چالش‌برانگیز تحصیلی و بالینی بهبود بخشند. پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی می‌تواند به‌طور همزمان اختلال وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی و ضعف خودکنترلی را در دانشجویان پزشکی دارای اضطراب اجتماعی بهبود بخشد. این درمان با تمرکز بر تغییر نگرش‌ها و واکنش‌های فرد نسبت به افکار مزاحم، کاهش پردازش ذهنی مکرر و تقویت مهارت‌های خودتنظیمی، توانست چرخه معیوب اضطراب و اجتناب را بشکند و دانشجویان را قادر سازد تا با اعتماد به نفس بیشتر در موقعیت‌های آموزشی و بالینی حضور یابند. اثر بخشی درمان فراشناختی ناشی از ترکیب مواجهه هدفمند، اصلاح باورهای فراشناختی و آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان است که امکان کنترل افکار، کاهش اضطراب و تمرکز بر یادگیری عملی را فراهم می‌کند. نتیجه اساسی این پژوهش این است که درمان فراشناختی یک مداخله مؤثر و پایدار برای ارتقای سلامت روان و توانمندسازی عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای دانشجویان پزشکی است. با کاهش شدت علائم وسواس و ترس از ارزیابی و افزایش خودکنترلی، دانشجویان می‌توانند تعاملات میان‌فردی، مشارکت در فعالیت‌های بالینی و یادگیری مهارت‌های عملی را بهبود دهند. این یافته‌ها اهمیت بررسی و به‌کارگیری مداخلات فراشناختی در جمعیت‌های تحت فشار روانی و محیط‌های آموزشی چالش‌برانگیز را برجسته می‌کند و نشان می‌دهد که چنین درمان‌هایی می‌توانند اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت قابل توجهی بر سلامت روان و عملکرد حرفه‌ای دانشجویان داشته باشند. محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل حجم نمونه نسبتاً محدود، نمونه‌گیری هدفمند، تمرکز بر دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های استان تهران، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و فقدان ارزیابی پیگیری بود که تعمیم‌پذیری و تعیین پایداری نتایج را محدود می‌سازد. با توجه به اثربخشی مشاهده‌شده فراشناخت‌درمانی بر وسواس فکری- جبری، ترس از ارزیابی منفی و خودکنترلی، پیشنهاد می‌شود این رویکرد در قالب مداخلات مرحله‌ای و مبتنی بر غربالگری در نظام مشاوره و حمایت روانشناختی دانشجویان پزشکی ادغام شود؛ به‌گونه‌ای که دانشجویان دارای سطوح بالاتر اضطراب اجتماعی در مراحل اولیه شناسایی و برای دریافت مداخله فراشناختی هدفمند ارجاع شوند. همچنین، طراحی برنامه‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر مؤلفه‌هایی مانند کاهش درگیری با افکار، اصلاح باورهای فراشناختی و تقویت راهبردهای تنظیم توجه می‌تواند امکان اجرای این مداخله را در کنار برنامه فشرده آموزشی دانشجویان پزشکی افزایش دهد. پژوهش‌های آینده نیز می‌توانند با استفاده از طرح‌های چندمرکزی، نمونه‌های بزرگ‌تر و دوره‌های پیگیری، اثربخشی و پایداری این مداخله را در شرایط واقعی خدمات سلامت روان دانشجویان ارزیابی کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی دانشجویان پزشکی شرکت‌کننده در این پژوهش که با صرف وقت و همکاری صمیمانه امکان اجرای این مطالعه را فراهم ساختند، صمیمانه قدردانی می‌شود. در پایان، از مسئولان و کارکنان دانشگاه‌های مربوطه که زمینه اجرای این پژوهش را مهیا نمودند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

1. Mohd Salleh Sahimi H, Norzan MH, Nik Jaafar NR, Sharip S, Ashraf A, Shanmugam K, et al. Excessive smartphone use and its correlations with social anxiety and quality of life among medical students in a public university in Malaysia: A cross-sectional study. Frontiers in Psychiatry. 2022; 13: 956168.

2. Al Johani WM, AlShamlan NA, AlAmer NA, Shawkhan RA, Almayyad AH, Alghamdi LM, et al. Social anxiety disorder and its associated factors: a cross-sectional study among medical students, Saudi Arabia. BMC Psychiatry. 2022; 22(1): 505.

3. Seo EH, Yang HJ, Kim SG, Yoon HJ. Ego-resiliency moderates the risk of depression and social anxiety symptoms on suicidal ideation in medical students. Annals of general psychiatry. 2022; 21(1): 19.

4. Behzad Basirat Z, Yaghoubi F, Hadei N, Davoodi-Dehaghani F, Behzad Basirat A M, Mousavi B. The role of biomarkers in anxiety disorders. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam .2025; 13(3): 115-130.

5. Carpita B, Muti D, Petrucci A, Romeo F, Gesi C, Marazziti D, et al. Overlapping features between social anxiety and obsessive-compulsive spectrum in a clinical sample and in healthy controls: toward an integrative model. CNS spectrums. 2020; 25(4): 527-34.

6. Soltani Azemat E, Mohagheghi H, Yarmohammadi Vasel S, Yaghoobi A. A Comparative Study of

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

Exposure and Response Prevention versus Schema Therapy in Reducing Relationship Obsessive-Compulsive Symptoms and Marital Dissatisfaction in Married Women. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam .2025; 14 (1): 64-76.

7. Reta Y, Ayalew M, Yeneabat T, Bedaso A. Social anxiety disorder among undergraduate students of Hawassa University, College of Medicine and Health Sciences, Ethiopia. Neuropsychiatric disease and treatment. 2020: 571-7.

8. Hlynsson JI, Bergström J, Carlbring P. Seeing beyond the diagnostic and statistical manual: A function-centered review of obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2025; 46: 100967.

9. Sloover M, van Est LA, Janssen PG, Hilbink M, van Ee E. A meta-analysis of mentalizing in anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, and trauma and stressor related disorders. Journal of Anxiety Disorders. 2022; 92: 102641.

10. Gao W, Li Y, Yuan J, He Q. The shared and distinct mechanisms underlying fear of evaluation in social anxiety: The roles of negative and positive evaluation. Depression and Anxiety. 2025; 2025(1): 9559056.

11. Lv S, Chen Z, Mao J, Wang H, Wu P, Hai Y. The Relationship between Self-Esteem and Social Phobia among College Students: The Mediating Effect of Fear of Negative Evaluation and the Moderating Effect of Perfectionism. International Journal of Mental Health Promotion. 2024; 26(6).

12. Cook SI, Moore S, Bryant C, Phillips LJ. The role of fear of positive evaluation in social anxiety: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology: Science and Practice. 2022; 29(4): 352.

13. Sigurvinsdottir R, Soring K, Kristinsdottir K, Halfdanarson SG, Johannsdottir KR, Vilhjalmsson HH, et al. Social anxiety, fear of negative evaluation, and distress in a virtual reality environment. Behaviour Change. 2021; 38(2): 109-18.

14. Zhang H, Zhu X, Zhang H, Xie X, Wei E, Huang W. The relationship between childhood trauma and social anxiety in college students: the mediating role of evaluation fear. BMC psychiatry. 2025; 25(1): 280.

15. Zhang M, Pan J, Shi W, Qin Y, Guo B. The more self-control, the more anxious?—A network analysis study of the relationship between self-control and psychological anxiety among Chinese university students. BMC Psychology. 2024; 12(1): 648.

16. Mehdizadeh M, Farnam A, Nikzad B. The Effectiveness of Photo biomodulation in Mild Cognitive Impairment. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2025; 13(4): 1-11.

17. Mota CP, Mateus D, Relva IC, Costa M. Peer attachment and self-control: implication on social anxiety in young adults. Social Sciences. 2024; 13(9): 445.

18. Ma X, Wang Y, Zhang Y, Zhou A. The relationship between self-control and subjective well-being in university students: the role of psychological resilience and social anxiety. Psychology, Health & Medicine. 2025: 1-9.

19. Powers JP, Moshontz H, Hoyle RH. Self-control and affect regulation styles predict anxiety longitudinally in university students. Collabra: Psychology. 2020; 6(1): 11.

20. Strand ER, Nordahl H, Hjemdal O, Nordahl HM. Metacognitive beliefs predict interpersonal problems in patients with social anxiety disorder. Scandinavian journal of psychology. 2023; 64(6): 819-24.

21. Sheykhangafshe FB, Niri VS, Amiri ZA, Larmaei ST, Esrafilian F. The effectiveness of metacognitive therapy on depression, emotion regulation, and self-concept in students with social anxiety disorder: A quasi-experimental study. Jundishapur Journal of Health Sciences. 2024; 16(3).

22. Solem S, Wells A, Kennair LE, Hagen R, Nordahl H, Hjemdal O. Metacognitive therapy versus cognitive–behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: A 9-year follow-up study. Brain and Behavior. 2021; 11(10): e2358.

23. Nordahl H, Wells A. Metacognitive therapy for social anxiety disorder: An A–B replication series across social anxiety subtypes. Frontiers in Psychology. 2018; 9: 540.

24. Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Abbasi Amiri Z, Taghavi Larmaei S, Esrafilian F. The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Depression, Emotion Regulation, and Self-concept in Students with Social Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. Jundishapur J Health Sci. 2024; 16(3): 30-36.

25. Sadeghi R, Mokhber N, Mahmoudi LZ, Asgharipour N, Seyfi H. A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]

University of Medical Sciences. 2015; 20(9): 901.

26. Bakali JV, Solbakken OA, Hoffart A, Brækhus H, Kvarstein E, Johnson SU. Affect integration, metacognitions, and early maladaptive schemas as predictors of outcome in cognitive and metacognitive therapies for social anxiety disorder. Psychotherapy Research. 2025; 35(7): 1149-61.

27. Ramezani N, Mahmoudiyan Dastnaee T, Hosseini Almadani S A. Comparing the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Logotherapy on Emotion Regulation in Female University Students with Experience of Romantic Breakup. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2026; 14 (2): 32-44.

28. Obuća F, Aydın O, Çakıroğlu S, Ünal-Aydın P. The combined role of metacognition and mindfulness in social anxiety symptoms: A path model. Psihologija. 2024; 57(3): 325-45.

29. Bagheri Sheykhangafshe F, Mojez N, Savabi Niri V, Haghighat Bayan N, Esrfilian F. The effectiveness of metacognitive therapy on rumination, self-concept, and perceived social support in women with generalized anxiety disorder. Health and Development Journal. 2023; 12(2): 85-91.

30. Uzun D, Yılmaz AE. Effectiveness of Metacognitive Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2026; 18(1): 332-53.

31. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. The British Journal of Psychiatry. 2000; 176(4): 379-86.

32. Vatani S, Arjmand Nia A A, Ghasemzade S, Ghobari-Bonab B. Effects of a Transdiagnostic Emotion Regulation Program on Working Memory in Adolescents with Emotional Disorders and Drug Use History. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2026; 14(2): 11-22.

33. Sanavio E. Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. Behaviour research and therapy. 1988; 26(2): 169-77.

34. Leary MR. A brief version of the fear of negative evaluation scale. Personality and Social Psychology Bulletin. 1983; 9(3): 371-375.

35. Tang YY, Posner MI, Rothbart MK, Volkow ND. Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. Trends in Cognitive Sciences. 2015; 19(8): 439-44.

36. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. Cognitive therapy and Research. 2009; 33(3): 291-300.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-23]