

The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Resilience and Obsessive Rumination among Multiple Sclerosis (MS) Patients

*Farinaz Tabibzadeh¹, Firouzeh Sepehrian Azar²

Author Address

1. MA in clinical psychology, Urmia Azad University, Urmia, Iran;

2. Associate professor in psychology Department, Urmia University, Urmia, Iran.

*Corresponding Author Address: Urmia Azad University, Department of clinical Psychology, Urmia, Iran.

*E-mail: tabibzadeh_f@yahoo.com

Received: 2016 June 23; Accepted: 2016 July 10.

Abstract

Background and objective: Multiple sclerosis is a common chronic neurological disease, which is associated with psychological challenges including low resiliency and rumination. Therefore it is necessary to provide suffers with psychological treatment. The current research is aimed at examining the effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the resilience and obsessive rumination among multiple sclerosis (MS) patients.

Methods: This is a pretest- posttest control group quasi-experimental research. The population of the study was all MS patients in Urmia-Iran under auspices of Iranian MS Association. Convenience sampling was used to recruit 30 participants. The participants were randomly assigned to experimental and control groups in equal numbers. The research instruments were the Resilience Scale (CD-RISC) and Obsessive Rumination Scale (RRS). Then experimental groups participated in Cognitive-Behavioral Therapy for 13 sessions of 1.30 hours. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to analyze the data.

Results: The results showed significant posttest differences between the control group and experimental group with respect to resilience and rumination ($p < 0.001$).

Conclusion: Cognitive-Behavioral Therapy is an effective method to increase the resilience and reduce obsessive rumination among multiple sclerosis (MS) patients.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Multiple Sclerosis, Obsessive Rumination, Resilience.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و نشخوار ذهنی بیماران مولتیپل اسکلروزیس

*فریناز طیب‌زاده^۱، فیروزه سپهریان‌آذری^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد ارومیه، ارومیه، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

*آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد ارومیه، گروه روان‌شناسی بالینی، ارومیه، ایران.

*رایانامه: tabilzadeh_f@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳ تیر ۱۳۹۵؛ تاریخ پذیرش: ۲۰ تیر ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس از بیماری‌های نورولوژیک مزمن و شایع است که با مشکل‌های روان‌شناختی از جمله تاب‌آوری کم و نشخوار ذهنی همراه است. این امر لزوم مداخلات روان‌شناختی را در این بیماران ضروری می‌سازد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی اعضای انجمن بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهرستان ارومیه تشکیل دادند. ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه از بین جامعه آماری انتخاب شده و به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه‌های تاب‌آوری CD-RISC و نشخوار ذهنی RRS پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۳ جلسه یک‌ونیم ساعته درمان شناختی رفتاری را تجربه کردند. سپس هر دو گروه بعد از اتمام جلسات و یک‌ماه بعد مجدداً به پرسشنامه‌های تاب‌آوری و نشخوار ذهنی پاسخ دادند. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های توصیفی و استنباطی آنالیز کواریانس، تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از مداخله بین گروه آزمایش و کنترل در میزان افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$) و بعد از یک‌ماه نیز این تأثیرات پایدار بودند ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری روشی اثربخش برای افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است. **کلیدواژه‌ها:** تاب‌آوری، درمان شناختی رفتاری، نشخوار ذهنی، مولتیپل اسکلروزیس.

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS)^۱ یکی از بیماری‌های نورولوژیک مزمن و بسیار شایع است که با ایجاد ضایعات التهابی و دژنراتیو در نواحی مختلف میلین مغز به صورت پلاک‌های اسکلروز شده، موجب بروز اختلالات گوناگون حرکتی و شناختی و عاطفی می‌شود (۱). علائم و نشانه‌های اولیه این بیماری عبارت است از: خستگی، ضعف، بی‌حسی، تعادل‌نداشتن، درد، اختلال بینایی به شکل دوبینی، تاری دید، لکه‌های کور و کوری کامل. مشکلات روانی و اجتماعی و شناختی از جمله افسردگی، نشان‌دهنده ارتباط با لوب‌های آهیانه‌ای و پیشانی است. اختلال عملکرد شناختی می‌تواند شامل اذیت‌دادن حافظه، نقص توجه، مشکل در حل مسئله، کندی پردازش اطلاعات و مشکل در جابه‌جایی بین عملکردهای شناختی باشد (۲). شیوع‌شناسی این بیماری نشان می‌دهد که این بیماری بیشتر در بزرگسالان بین ۱۵ تا ۵۰ سال بروز می‌کند و نسبت ابتلای زنان در مقایسه با مردان ۲ یا ۳ برابر بیشتر است. انجمن ام‌اس ایران اعلام کرده است که پنجاه‌هزار بیمار ام‌اس در ایران وجود دارد و میزان شیوع آن ۹ در ۱۰۰۰۰۰ است (۳). تاکنون دلیل پیدایش این بیماری مشخص نشده است؛ ولی به نظر می‌رسد که بروز این بیماری ارتباطی با پاسخ‌های خودایمنی داشته باشد. ممکن است ویروسی باعث تحریک سیستم ایمنی شده و بدن را وادار به تولید پادتن‌هایی کند که به‌اشتباه به عناصر خودی بدن حمله می‌کنند (۴).

یکی از ابعاد مهم روان‌شناختی در بیماران ام‌اس که تحت‌تأثیر بیماری و استرس‌های ناشی از ادراک بیماری بوده، میزان تاب‌آوری^۲ این بیماران است. مطالعات حاکی از آن است که، علاوه بر اینکه تاب‌آوری بیماران ام‌اس کمتر از افراد سالم بوده (۵) از مبتلایان به سایر بیماران مزمن نیز کمتر است (۶). تاب‌آوری می‌تواند باعث امیدواری در تجارب بالینی شود و مزیت عمده آن این است که فرد را قادر می‌سازد تا در برابر موقعیت‌های سخت به‌راحتی تسلیم نشود (۷). افراد دارای ویژگی تاب‌آوری برای مقابله با رویدادهای منفی، ممکن است بازگشت مؤثری به موقعیت‌های قبلی نیز داشته باشند که به آن‌ها در حل معضله‌های فعلی کمک می‌کند؛ درحالی‌که افراد فاقد این ویژگی توان‌رهایی از شکست یا گرایش‌های منفی را ندارند (۸). درواقع تاب‌آوری، ظرفیت فرد برای پاسخ‌دادن و حتی شکوفاشدن در وضعیت فشارزای مثبت یا منفی است (۹).

از دیگر مشکلات روان‌شناختی که می‌تواند بر سلامت روان بیماران مبتلا به ام‌اس اثر منفی بگذارد، نشخوار فکری^۳ است. نشخوار فکری به‌عنوان اشتغال دائمی به اندیشه یا موضوعی و تفکر درباره آن شناخته شده و طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول محوری مشخص می‌شود. این افکار تکرارشونده، به‌طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه و اهداف را منحرف می‌سازند (۱۰). درواقع نشخوار فکری مجموعه‌ای از افکار منفعلانه بوده که جنبه تکراری دارد و بر علل و نتایج علائم متمرکز است. همچنین مانع حل سازگاراننده شده و افکار

منفی را افزایش می‌دهد (۱۱) نشخوار فکری می‌تواند زیربنای شناختی بیماران باشد. شامل افکاری است که به‌طور پایان‌ناپذیری مرور شده و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره خود دامن می‌زنند. این افکار بر خلق اثر داشته و انگیزش بیمار را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند (۱۲). درنتیجه بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارند. مشاهده می‌شود بیماران که برای مقابله با مشکلات از روش‌های مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، در کنار افسردگی، از خستگی مزمن نیز رنج می‌برند (۱۳).

امروزه برای کنترل کاهش مشکلات بیماران ام‌اس در کنار درمان‌های دارویی، به درمان‌های غیردارویی از جمله به مداخلات شناختی رفتاری توجه می‌شود که می‌تواند تأثیرات شگرفی بر کاهش مشکلات این افراد داشته باشد. در دو دهه اخیر، مداخلات رفتاری شناختی به دلیل تأثیری که بر کاهش مشکلات بیماران داشتند، حمایت‌های تجربی بسیار خوبی را دریافت کردند. همچنین نشان دادند که مداخلات شناختی در کاهش اضطراب امتحان (۱۴) سردردهای میگرنی (۱۵)، کیفیت خواب (۱۶) اضطراب، انتظارات غیرواقعی، نگرانی و باورهای زیان‌بخش و عوامل فیزیولوژیک مثل تنش‌های جسمی و روحی و برانگیختگی (۱۷) مؤثرند. در مداخلات رفتاری شناختی فرد می‌آموزد: افکار و عقاید خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی در نظر گیرد که باید اعتبار آن‌ها آزموده شود. مداخلات رفتاری شناختی به دو شیوه فردی و گروهی اجراشدنی هستند. مداخله گروهی رفتاری شناختی به دلیل صرفه‌جویی در زمان و هزینه و برقراری ارتباط بین اعضای گروه که خود موجب کسب تجارب جدید و افزایش بینش و بصیرت می‌شود، کاربرد فراوانی دارد (۱۸). این مداخله رویکردی آموزشی داشته و در آن فنون شناختی و رفتاری، از طریق تمرین‌های مواجهه‌سازی درون‌جلسات و بازسازی شناختی و تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (۱۹) در این روش چرخه معیوب مشکل می‌شکند و فرد تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را جستجو کند. درمان‌گر سعی می‌کند درمان‌جو را به نوعی تجربه همکاری تشویق کند و در طی آن از تجارب خود بیمار، در رشته‌ای از آزمایش‌های رفتاری، به‌منظور ارزیابی درست یا نادرستی آن باورها سود برد (۲۰). تأثیر درمان شناختی رفتاری، بر افزایش تاب‌آوری (۲۱)، کاهش نشخواروسواسی (۲۲) و بی‌خوابی، افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی (۲۳)، کاهش میزان نشخوار ذهنی، افسردگی (۲۴) بی‌خوابی و نشخوار ذهنی (۱۱) نشان داده شده است. با توجه به اینکه نشخوار ذهنی و افکار منفی ناشی از استرس در بیماران مبتلا به ام‌اس، منجر به ناامیدی درباره درمان و ارزیابی‌های منفی در روند بیماری شده و تاب‌آوری این بیماران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و از آنجاکه بیماران ام‌اس مشکلات جسمانی و روان‌شناختی متعددی دارند، مداخله‌های درمانی مناسب برای تعدیل مشکلات این بیماران می‌تواند بسیار بارز باشد؛ لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس طرح‌ریزی و آزمون شد.

3. obsessive Rumination

1. multiple sclerosis

2. adversity quotient

۲ روش بررسی

طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مبتلا به ام‌اس مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس شهرستان ارومیه بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از این افراد ۳۰ نفر به صورت داوطلبانه انتخاب شده و به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش شامل: نداشتن بیماری‌های شخصیتی و اختلالات روان‌پزشکی براساس پرونده بیمار در انجمن؛ داشتن حداقل مدرک دیپلم و گرفتن نمره کمتر از نقطه برش تاب‌آوری (گرفتن نمره کمتر از ۴۵ که نشان‌دهنده تاب‌آوری کم است)؛ گرفتن نمره بیشتر از نقطه برش نشخوارذهنی (گرفتن نمره بیشتر از ۵۳ که نشان‌دهنده نشخوارذهنی زیاد است) بود. در ضمن قبل از اجرای پژوهش اطلاعاتی به شرکت‌کنندگان داده شد از جمله: درباره پژوهش؛ تعداد جلسات، طول هر جلسه، شیوه اداره کلاس و...؛ تصادفی‌سازی؛ قرارگرفتن تصادفی آن‌ها در گروه آزمایش و کنترل؛ محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش در هر زمانی که بخواهند. موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به صورت کتبی اخذ شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱. کونور و دیویدسون، تهیه‌کنندگان پرسشنامه تاب‌آوری بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کرده و در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است و در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (۲۵). کونور و دیویدسون ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. مشعل‌پور در سال ۱۳۸۹ از طریق همبسته‌نمودن این پرسشنامه با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز، با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۶۴ در سطح معناداری $p < 0/001$ ، نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار نسبتاً زیادی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد (۲۵).

۲. پرسشنامه پاسخ‌های نشخواری^۱ RRS: این پرسشنامه را هوکسما و مارو^۲ تدوین و واکنش‌های خلقی منفی را ارزیابی کردند. از دو خرده‌مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده و هر کدام ۱۱ عبارت را شامل می‌شود. ۲۲ عبارت دارد که طبق طیف لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) نمره‌گذاری می‌شود (۲۶). باقری‌نژاد، صالحی و طباطبایی ضریب پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و برای ابعادش ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش کردند. روایی پرسشنامه از طریق همبسته‌کردن با پرسشنامه باورهای فراشناختی ۰/۶۵ در سطح ۰/۰۱ مطرح شد که نشان می‌دهد از روایی زیادی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد (۲۶).

ابتدا پرسشنامه‌های تاب‌آوری و پاسخ‌های نشخواری برای هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش ۱۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار

مداخله درمان شناختی‌رفتاری را دریافت کردند؛ ولی برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از اتمام جلسات هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. جهت پیگیری تأثیرات مداخله یک‌ماه بعد، هر دو گروه پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی‌رفتاری به شرح زیر است:

- جلسه اول: خوش‌آمدگویی و آشنایی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه، آموزش درباره باورهای مطلق خود و دیگران و اجرای پیش‌آزمون؛

- جلسه دوم: آموزش نظریه اختلال هیجانی، رابطه میان فکر و روحیه، خطاهای شناختی، تمرین خودآگاهی، بحث درباره افکار خودآیند منفی و چگونگی شناسایی و تغییر آن‌ها؛

- جلسه سوم: تمرین خودآگاهی و آموزش ده راه برای سالم‌اندیشی؛

- جلسه چهارم: بحث درباره طرز تلقی‌ها و هراس‌های مخرب، انواع کمال‌طلبی‌ها، روش پیکان عمودی و برنامه سه مرحله‌ای برای دستیابی به برداشت‌های سالم‌تر؛

- جلسه پنجم: درک اضطراب و اهمیت افکار فرد در تولید اضطراب و راه‌های غلبه بر اضطراب؛

- جلسه ششم: تشخیص بلاتکلیفی، پیشنهاداتی برای مقابله با بلاتکلیفی، آگاهی‌افزایی درباره نگرانی و شناسایی باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی؛

- جلسه هفتم: تاب‌آوری چیست؟، خصوصیات تاب‌آوری، عوامل کمک‌کننده بر انعطاف‌پذیری، ویژگی‌های افراد تاب‌آور و چگونه تاب‌آورشوند؛

- جلسه هشتم: مهارت‌های حل مسئله، بهبود جهت‌گیری در برابر مشکل و به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله؛

- جلسه نهم: پنج رمز ارتباط صمیمانه، سه شیوه مربوط به مهارت شنیدن، دو شیوه مربوط به ابراز وجود و چگونگی ایجاد ارتباط بهتر؛

- جلسه دهم: مشکل برقراری ارتباط، ده طرزتلقی منع‌کننده در ابراز احساس و گوش‌دادن؛

- جلسه یازدهم: استرس چیست؟ کنترل و استرس، استرس مزمن، ذهن و استرس، علائم استرس، نشانه‌های وجود استرس و مقابله با استرس؛

- جلسه دوازدهم: مهار استرس و مهارت‌های زندگی، رعایت نکات کاهش‌دهنده استرس؛

- جلسه سیزدهم: خشم چیست؟ مدیریت خشم، سبک‌های پاسخی ناسازگار، چگونگی پاسخ‌دادن جرأت‌مند، بررسی و مرور برنامه، قرارهایی به‌منظور پیگیری، ارزیابی بعد از درمان و اجرای پس‌آزمون.

داده‌های پژوهش به‌کمک آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره) و استنباطی (تحلیل کواریانس) بررسی شدند.

۳ یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی تاب‌آوری و نشخوار ذهنی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری را به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. براساس جدول، میانگین پس‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری

2. Hoeksema and Maro

1. Ruminative Responses Scale (RRS)

در گروه آزمایش، بیشتر از گروه کنترل مشاهده می‌شود. در پس‌آزمون و است.

پیگیری متغیر نشخوار ذهنی، میانگین گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل

جدول ۱. یافته‌های توصیفی نمره‌های تاب‌آوری و نشخوار ذهنی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	تعداد
پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۹۳	۲/۸۹	۱۹	۲۵	۱۵	
	کنترل	۲۵/۶۰	۵/۱۳	۱۸	۲۶	۱۵	
پس‌آزمون	آزمایش	۴۸/۶۰	۱۱/۴۳	۴۲	۴۹	۱۵	
	کنترل	۲۴/۴۰	۵/۴۸	۱۹	۲۵	۱۵	
پیگیری	آزمایش	۵۸/۶۰	۱۲/۰۱	۴۹	۵۹	۱۵	
	کنترل	۲۱/۶۶	۲/۷۹	۱۷	۲۲	۱۵	
پیش‌آزمون	آزمایش	۶۸/۳۳	۳/۹۴	۶۱	۷۰	۱۵	
	کنترل	۷۰/۵۳	۲/۷۴	۶۰	۷۱	۱۵	
پس‌آزمون	آزمایش	۴۵/۴۶	۵/۹۱	۴۰	۴۶	۱۵	
	کنترل	۷۱/۰۱	۲/۴۲	۶۷	۷۳	۱۵	
پیگیری	آزمایش	۴۵/۵۳	۶/۴۲	۴۰	۴۸	۱۵	
	کنترل	۷۱/۷۳	۶/۰۲	۶۳	۷۲	۱۵	

گرفته شد که نتیجه این آزمون نیز معنادار نبود؛ بنابراین داده‌ها مفروضه همگنی واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده است.

باتوجه به رعایت مفروضه‌ها، آثار اصلی محاسبه شد. برای بررسی اثربخشی کاربندی آزمایشی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. با کنترل پیش‌آزمون سطوح معناداری همه آزمون‌ها، بیانگر آن بودند که بین بیماران مبتلا به ام‌اس گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و نشخوار فکری) تفاوت معنادار وجود دارد ($F=102/69$ و $p<0/001$). میزان اثر $\text{Eta}=0/93$ نشان می‌دهد: ۹۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و نشخوار فکری بیماران مبتلا به ام‌اس مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری است. توان آماری برابر با ۱ بوده، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

برای پی بردن به این نکته که در کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر میانگین نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و نشخوار ذهنی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	F	p	Eta
تاب‌آوری	۴۳/۶۰	<0/001	0/۶۳
نشخوار ذهنی	۱۸۵/۹۱	<0/001	0/۸۸

در گروه آزمایش شده است. مقدار $\text{Eta}=0/63$ نشان می‌دهد که ۶۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری است. همچنین باتوجه به نتایج جدول ۲، براساس یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس ($p<0/001$) و

برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان تاب‌آوری و نشخوار ذهنی بعد از مداخله درمانی و جهت کنترل اثر پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. ذکر این نکته ضروری است که روش‌های تحلیلی گوناگونی برای آزمودن طرح‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون با پیگیری وجود دارد از جمله تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر نمره‌های اصلی یا تفاضل؛ ولی از آنجاکه روش تحلیل کوواریانس در مقایسه با نمره‌های تفاضل از توان آماری بیشتری برای رد فرض صفر غلط برخوردار است، به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترجیح داده می‌شود (۳۲). قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیرهای پژوهش، از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتیجه این آزمون معنادار نبود؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش رعایت شده است. آزمون لون جهت بررسی فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای مطالعه‌شده در دو گروه جامعه به کار

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون، بین بیماران مبتلا به ام‌اس گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تاب‌آوری ($F=43/60$ و $p<0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین، درمان شناختی رفتاری موجب افزایش تاب‌آوری نمونه‌های مطالعه‌شده

($F=185/91$) تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ نشخوار ذهنی به صورت معنادار مشاهده می شود. درمان شناختی رفتاری موجب کاهش نشخوار ذهنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. مقدار $Eta=0/88$ نشان می دهد که درمان شناختی رفتاری موجب ۸۸ درصد تغییرات متغیر وابسته شده و به معنای آن است که در کاهش نشخوار ذهنی مؤثر بوده است.

جهت اطمینان از پایداری تأثیرات درمان شناختی رفتاری، یک ماه بعد از اتمام جلسات مداخله ای نیز هر دو گروه به آزمون های پژوهش پاسخ دادند. برای این منظور از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری بر تفاضل نمرات پیش آزمون و پیگیری استفاده شد. در مرحله پیگیری با کنترل پیش آزمون سطوح معناداری همه آزمون ها، بیانگر آن بودند

که بین بیماران مبتلا به ام اس گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تاب آوری، نشخوار فکری) تفاوت معناداری وجود دارد ($F=111/36, p<0/001$). میزان اثر $Eta=0/94$ نشان می دهد ۹۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پیگیری تاب آوری و نشخوار فکری مربوط به تأثیر آموزش درمان شناختی رفتاری است. توان آماری برابر با ۱ بوده، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر میانگین پیگیری نمرات تاب آوری و نشخوار فکری گروه های آزمایش و کنترل با

کنترل پیش آزمون				
متغیر	F	p	اندازه اثر	توان آماری
تاب آوری	۱۰۵/۶۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱
نشخوار فکری	۱۷۰/۷۲	< ۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱

سطح بهینه می تواند فرد را فعال نگاه داشته؛ اما چنانچه استرس مداوم و شدت آن روبه افزایش باشد، نه تنها کارآمدی فرد را کاهش می دهد بلکه منجر به احساس فرسودگی نیز می شود (۲۷). فلبرگ (۲۸) معتقد است: فنون آزمون واقعیت و رد کردن که در مداخله های شناختی رفتاری استفاده می شوند، می توانند به کاهش باورهای منفی و درک این مسئله منتهی شوند که استرس واقعاً کنترل شدنی است. همچنین درمان شناختی رفتاری با افزایش انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به ام اس موجب کاهش خلق منفی و افسردگی این بیماران می شود. متعاقب آن با افزایش تاب آوری در این افراد همراه است و کمک می کند سبک های مقابله ای سازگارانه تری را برانگیزد (۲۹).

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش جورج (۱۱)، اوکرنی (۲۲)، قمری، دستانی و قدیمی (۲۴) که نشان دادند درمان شناختی رفتاری، موجب کاهش نشخوار ذهنی بیماران ام اس شد، همسویی دارد. بیماران ام اس گرفتار افکار منفی خودآیند در ارتباط با بیماری خود هستند که به صورت نشخوار ذهنی تداوم می یابند. این نشخوار موجب شدت علائم بیماری می شود و نیز ممکن است فاصله حملات را کوتاه تر کند (۳۰). درمان شناختی رفتاری برای کاهش نشخوار فکری شامل توقف فکر و روش های منحرف کننده حواس مثبت و آموزش مهارت های حل مسئله و یادگیری مهارت های تن آرامی است. با تمرکز بر طرز کار در سطح فرآیند فکری و تأکید بر بنا کردن درمان مبتنی بر تجربیات عینی می تواند در مقابله با این پدیده متداول و ناتوان کننده مؤثر واقع شود (۳۱).

در باره محدودیت های مطالعه حاضر می توان گفت که امکان دستیابی به همه بیماران در انجمن وجود نداشت. برخی از بیماران نیز به علت شرایط جسمانی، حاضر نشدند که پرسشنامه ها را پر کرده یا در جلسات شرکت کنند؛ در نتیجه امکان انتخاب تصادفی نمونه پژوهش فراهم نشد

طبق جدول ۳، با کنترل پیش آزمون در دوره پیگیری بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تاب آوری ($p<0/001$) و نشخوار فکری ($F=105/61$ و $p<0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری موجب تداوم افزایش تاب آوری ($Eta=0/80$) و کاهش نشخوار فکری ($Eta=0/87$) در گروه آزمایش بعد از یک ماه شده است. یعنی ۸۰ درصد تفاوت های فردی در نمرات پیگیری تاب آوری و ۸۷ درصد تفاوت های فردی در نمرات پیگیری نشخوار فکری، مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است. این یافته به طور مستقیم با نتایج به دست آمده از پژوهش نری و همکاران (۲۱) و رضایی (۲۳) که نشان دادند: درمان شناختی رفتاری سبب افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به ام اس می شود، همسوست.

بیماران مبتلا به ام اس به دلیل نوع بیماری و اختلالی که در سیستم عصبی مرکزی دارند، در مقابل استرس های بیماری متزلزل بوده و در برابر این معضلات ذهنی و عاطفی تاب آوری کمتری دارند (۵). تاب آوری در کوتاه مدت و طولانی مدت تحت تأثیر استرس قرار می گیرد؛ بنابراین استرس می تواند به واسطه مکانیزم های نورونی پیرامونی و مرکزی سطوح برانگیختگی و تحریک را برای پاسخ های سازگار تنظیم کند. استرس با فعال کردن هورمون های برانگیختگی و مکانیزم های دیگر هم منجر به تسهیل و هم تضعیف کارکردهای شناختی شده که شامل سرعت پردازش و بازداری اطلاعات مهم و برجسته است؛ بدین معنا که مطابق با نمودار U معکوس، استرس در

و بیماران در دسترس، نمونه مطالعه شده را تشکیل دادند. پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی، پزشکان و انجمن‌های ام‌اس ضمن توجه ویژه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اختلالات بیمار و بروز هیجانات مناسب، این‌گونه جلسات را به‌طور منظم در انجمن و مراکز درمانی تشکیل دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آینده به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر روند بهبود بیماری، بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

درمان شناختی رفتاری با تأکید بر مؤلفه‌های شناختی از جمله نگرش‌ها

و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای بر جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیرواقعی‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر دارد. این جایگزینی به‌واسطه افزایش بینش و آگاهی فرد در درک ارتباط میان به‌راندازنده‌های وابسته به موقعیت و شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش‌وری مناسب، است. می‌توان انتظار داشت که به اصلاح و تعدیل مؤلفه‌های شناختی نشخوارذهنی و به‌تبع آن اصلاح هیجان‌های منفی و رفتارهای نارساکنش‌ور منتهی شود. همچنین این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار ناخواسته، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند. از این رو بیمار به توانایی‌های خود پی می‌برد و با تعویض نقش در زندگی، تاب‌آوری او افزایش می‌یابد.

References

1. Ekhtiari H, Janguk P, Jannati A, Sahraian A, Makri A, Lotfi J. Neuropsychological assessment of performance indicators of prefrontal. *Journal of New in Cognitive Science*. 2008; 9(2): 12-25. [Persian][Link]
2. Taggart HM. Multiple sclerosis update. *Orthop Nurs*. 1998;17(2):23. [Link]
3. Asadnia S, Mosarrezaii Aghdam A, Saadatmand S, Sepehrian Azar F, Torabzadeh N. Examining the effectiveness of cognitive-behaviour therapy on improving depression and decreasing anxiety symptoms of multiple sclerosis patients (MS). *URMIA Med J*. 2015;25(11):1023-1032. [Persian][Link]
4. Zandipour R. Examine the Relationship between Religious Orientation and Irrational Beliefs as Predictors of Depression in MS Patients in Ahwaz. [MSc dissertation]. University of Islamic Azad of Khuzestan; 2009. [Persian]
5. Bishop M. Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: Preliminary Analysis of a Conceptual and Theoretical Synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2005 Jul 1;48(4):219-31. [Link]
6. Mohammadzadeh H. The Relationship between Resiliency and Mental Health of old women in Ahvaz. [MSc dissertation]. Islamic Azad University of Ahwaz; 2008. [Persian]
7. Moon DG, Jackson KM, Hecht ML. Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence. *The Journal of Drug Education*. 2000; 30(4): 373-98. [Link]
8. <http://jap.physiology.org>
9. Salamat R. The Effect of Stress Management on Control of Occupational Stress and Hardness in the Women of Abadan city. [MSc dissertation]. University of Shahid Chamran; 2014. [Persian]
10. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press Oxford; 2007. [Link]
11. Joormann J. Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cogn Ther Res*. 2006;30(2):149-160. [Link]
12. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptom. *The Journal of Abnormal Psychology*. 2000; 109(3): 504- 511. [Link]
13. Lo CS, Ho SM, Hollon SD. The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behav Res Ther*. 2008;46(4):487-495. [Link]
14. Norouzi M, Sepehrian F. A study of causal relationships between depression, emotion-focused coping strategies, fatigue and quality of life in MS patients in Tehran. *Int J Psychol Behav Res Spec Issue*. 2014;1(2):202-213. [Persian][Link]
15. Sepehrian Azar F. Comparing the Efficacy of Cognitive Therapy, Systematic Desensitization and Study Skill's Training on Decreasing Test Anxiety and Improving Academic Achievement of High School Female Students. 2011; 6(23):84. [Persian][Link]
16. Sepehrian Azar F, Asadnia S, Mosarrezaii Aghdam A. Effectiveness of Gestalt therapy and cognitive - behavioral therapy on the improvement of migraine headache in female students. *Journal of Modern Psychological Research*. 2013; 8(31):35-52. [Persian][Link]
17. Asadnia S, Sepehrian Azar F, Saadatmand S, Mosarrezaii Aghdam A. The relationship between sleep qualities with migraine headaches among Urmia university students. *J Urmia Univ Med Sci*. 2013; 24(4):286-294. [Persian][Link]
18. Otis J. *Practical Guide to Cognitive Behavior Therapy for Pain Chronic*. Alibeygi N. [Persian Translator]. Arjmand publisher, 2007. [Persian]
19. Ghanavati SA, Nissi AK. The effect of cognitive- behavioral group counseling on aggressive behavior of female employees. *Journal of New findings in psychology*. 2010; 5(14): 69-79. [Persian][Link]
20. Frey M. *Cognitive Group Therapy*. Sahebi A, Hamidpour H. [Persian Translators]. Mashhad: Jahad Daneshgahi Publisher; 2003. [Persian]
21. Nelson-Jones R. *Cognitive humanistic therapy: Buddhism, Christianity and being fully human*. Sage; 2004.
22. Norte CE, Souza GGL, Pedrozo AL, Mendonça-de-Souza ACF, Figueira I, Volchan E, et al. Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological factors. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2011;38(1):43-45. [Link]

23. O’Kearney R. Additional considerations in the cognitive-behavioral treatment of obsessional ruminations—A case study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1993;24(4):357–365. [Link]
24. Rezaei M. The effect of cognitive behavioral group therapy on the severity of insomnia, resiliency and quality of life of MS patients. [MSc dissertation]. Islamic Azad University of Tehran;2013. [Persian]
25. Ghamari H, Dastani S, Ghadimi S. Effectiveness of the cognitive behavior therapy on reducing depression and obsessive rumination in women with chronic fatigue. *journal of counseling research*. 2014; 13 (50) :101-118. [Persian][Link]
26. Shakerinia M, Mohammad Pour MA. The relationship between job stress and resiliency with job burnout among nurses. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2010; 14(2): 161-169. [Persian][Link]
27. Bagherinejad M, Salehi J, Tabatabai M. Comparison between rumination and depression among heart patients and no patient’s individuals. *Journal of Educational Studies*.2010;11(1): 56-44. [Persian][Link]
28. Stone WS, Iguchi L. Stress and mental flexibility in autism spectrum disorders. *North Am J Med Sci*. 2013;6(3):145–53.[Link]
29. Felberg H, Avard S. Change in meta-cognition is associated with reduced levels of worry after treatment in an adult population with generalized anxiety disorder: A preliminary analysis. *Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Psykologisk institutt*; 2012.[Link]
30. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh J*. 2013;18(2):88–96. [Persian][Link]
31. Scragg P. Metacognitive therapy Developed by Adrian Wells. MA Thesis, Trauma Clinic LTD and University Collage, London; 2010.
32. Watkins E. Cognitive-behaviour therapy for depressive rumination. Unpubl Manuscr Univ Exeter Exeter. 2010. [Link]
33. Rausch JR, Maxwell SE, Kelley K. Analytic methods for questions pertaining to a randomized pretest, posttest, follow-up design. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2003;32(3):467–486.[Link]