MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

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

*Farinaz Tabibzadeh[1], Firouzeh Sepehrian Azar[2]

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر تاب‌آوری و نشخوار ذهنی بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس

*فریناز طبیب‌زاده[۱]، فیروزه سپهریان‌آذر[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد ارومیه، ارومیه، ایران؛

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

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

***رایانامه:** tabibzadeh_f@yahoo.com

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

چکیده

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

روش‌بررسی: پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی اعضای انجمن بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس شهرستان ارومیه تشکیل دادند. ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه از بین جامعهٔ آماری انتخاب‌شده و به‌تصادف در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه‌های تاب‌آوری CD-RISC و نشخوارذهنی RRS پاسخ دادند. گروه آزمایش به‌مدت ۱۳ جلسهٔ یک‌ونیم ساعته درمان شناختی‌رفتاری را تجربه کردند. سپس هر دو گروه بعد از اتمام جلسات و یک‌ماه بعد مجدداً به پرسشنامه‌های تاب‌آوری و نشخوارذهنی پاسخ دادند. داده‌های پژوهش به‌کمک روش‌های توصیفی و استنباطی آنالیز کواریانس، تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بعداز مداخله بین گروه آزمایش و کنترل در میزان افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) و بعد از یک‌ماه نیز این تأثیرات پایدار بودند ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی‌رفتاری روشی اثربخش برای افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس است.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، درمان شناختی‌رفتاری، نشخوار ذهنی، مولتیپل‌اسکلروزیس.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]

۱ مقدمه

بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس (MS)[1] یکی از بیماری‌های نورولوژیک مزمن و بسیار شایع است که با ایجاد ضایعات التهابی و دژنراتیو در نواحی مختلف میلین مغز به‌صورت پلاک‌های اسکلروزشده، موجب بروز اختلالات گوناگون حرکتی و شناختی و عاطفی می‌شود (۱). علائم و نشانه‌های اولیهٔ این بیماری عبارت‌است از: خستگی، ضعف، بی‌حسی، تعادل‌نداشتن، درد، اختلال بینایی به شکل دوبینی، تاری دید، لکه‌های کور و کوری کامل. مشکلات روانی و اجتماعی و شناختی ازجمله افسردگی، نشان‌دهندهٔ ارتباط با لوب‌های آهیانه‌ای و پیشانی است. اختلال عملکرد شناختی می‌تواند شامل ازدست‌دادن 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 درمقایسه 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 به‌نظر 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 ناشی‌از ادراک بیماری بوده، میزان تاب‌آوری[2] این بیماران است. مطالعات حاکی‌از آن است که، علاوه‌بر اینکه تاب‌آوری بیماران ام‌اس کمتراز افراد سالم بوده (۵) از مبتلایان به سایر بیماران مزمن نیز کمتر است (۶). تاب‌آوری می‌تواند باعث امیدواری در تجارب بالینی شود و مزیت عمدهٔ آن این است که فرد را قادر می‌سازد تا دربرابر موقعیت‌های سخت به‌راحتی تسلیم نشود (۷). افراد دارای ویژگی تاب‌آوری برای مقابله‌با رویدادهای منفی، ممکن است بازگشت مؤثری به موقعیت‌های قبلی نیز داشته باشند که به آن‌ها در حل معضل‌های فعلی کمک می‌کند؛ درحالی‌که افراد فاقد این ویژگی توان رهایی 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 سلامت‌روان بیماران مبتلا به ام‌اس اثر منفی بگذارد، نشخوار فکری[3] است. نشخوار فکری به‌عنوان اشتغال دائمی به اندیشه یا موضوعی و تفکر دربارهٔ 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 جنبهٔ تکراری دارد و بر علل و نتایج علائم متمرکز است. همچنین مانع حل سازگارانه شده و افکار منفی را افزایش می‌دهد (۱۱) نشخوار فکری می‌تواند زیربنای شناختی بیماران باشد. شامل افکاری است که به‌طور پایان‌ناپذیری مرورشده و به ناامیدی دربارهٔ آینده و ارزیابی‌های منفی دربارهٔ خود دامن می‌زنند. این افکار بر خُلق اثر داشته و انگیزش بیمار را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند (۱۲). درنتیجه بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارند. مشاهده می‌شود بیمارانی که برای مقابله‌با مشکلات از روش‌های مقابلهٔ 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 ازجمله به مداخلات شناختی‌رفتاری توجه می‌شود که می‌تواند تأثیرات شگرفی بر کاهش مشکلات این افراد داشته باشد. در دو دههٔ اخیر، مداخلات رفتاری‌شناختی به‌دلیل تأثیری که بر کاهش مشکلات بیماران داشتند، حمایت‌های تجربی بسیارخوبی 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 رفتاری‌شناختی فرد می‌آموزد: افکار و عقاید خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی در نظر گیرد که باید اعتبار آن‌ها آزموده شود. مداخلات رفتاری‌شناختی به دو شیوهٔ فردی و گروهی اجراشدنی هستند. مداخلهٔ گروهی رفتاری‌شناختی به‌دلیل 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، ازطریق تمرین‌های مواجه‌سازی درون جلسات و بازسازی شناختی و تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (۱۹) در این روش چرخهٔ معیوب مشکل می‌شکند و فرد تشویق می‌شود تا رابطهٔ میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را جستجو کند. درمانگر سعی می‌کند درمان‌جو را به نوعی تجربهٔ همکاری تشویق کند و درطی آن از تجارب خود بیمار، در رشته‌ای از آزمایش‌های رفتاری، به‌منظور ارزیابی درست یا نادرستی آن باورها سود برد (۲۰). تأثیر درمان شناختی‌رفتاری، بر افزایش تاب‌آوری (۲۱)، کاهش نشخوارسواسی (۲۲) و بی‌خوابی، افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی (۲۳)، کاهش میزان نشخوار ذهنی، افسردگی (۲۴) بی‌خوابی و نشخوار ذهنی (۱۱) نشان داده شده است. باتوجه به اینکه نشخوار ذهنی و افکار منفی ناشی‌از استرس در بیماران مبتلا به ام‌اس، منجربه ناامیدی دربارهٔ 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 باارزش باشد؛ لذا مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی‌رفتاری بر تاب‌آوری و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس طرح‌ریزی و آزمون شد.

[1]. multiple sclerosis
[2]. adversity quotient
[3]. obsessive Rumination

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل و دورهٔ پیگیری بود. جامعهٔ آماری پژوهش تمامی بیماران مبتلا به اماس مراجعه‌کننده به انجمن اماس شهرستان ارومیه بودند. بااستفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از این افراد ۳۰ نفر به‌صورت داوطلبانه انتخاب‌شده و به‌شیوهٔ 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 پروندهٔ بیمار در انجمن؛ داشتن حداقل مدرک دیپلم و گرفتن نمرهٔ کمتراز نقطهٔ برش تاب‌آوری (گرفتن نمرهٔ کمتراز ۴۵ که نشان‌دهندهٔ تاب‌آوری کم است)؛ گرفتن نمرهٔ بیشتراز نقطهٔ برش نشخوارذهنی (گرفتن نمرهٔ بیشتراز ۵۳ که نشان‌دهندهٔ نشخوارذهنی زیاد است) بود. درضمن قبل‌از اجرای پژوهش اطلاعاتی به شرکت‌کنندگان داده شد ازجمله: دربارهٔ پژوهش: تعداد جلسات، طول هر جلسه، شیوهٔ ادارهٔ کلاس و...؛ تصادفی‌سازی: قرارگرفتن تصادفی آن‌ها در گروه آزمایش و کنترل؛ محرمانه‌بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش در هر زمانی که بخواهند. موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به‌صورت کتبی اخذ شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱. کونور و دیویدسون، تهیه‌کنندگان پرسشنامهٔ تاب‌آوری بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جداکرده 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 ازطریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. مشعل‌پور در سال ۱۳۸۹ ازطریق همبسته‌نمودن این پرسشنامه با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز، با محاسبهٔ ضریب همبستگی ۰/۶۴ در سطح معناداری $p<۰/۰۰۱$ ،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. پرسشنامهٔ پاسخ‌های نشخواری[1] RRS: این پرسشنامه را هوکسما و مارو[2] تدوین و واکنش‌های خُلقی منفی را ارزیابی کردند. از دو خرده‌مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کنندهٔ حواس تشکیل‌شده و هر کدام ۱۱ عبارت را شامل می‌شود. ۲۲ عبارت دارد که طبق طیف لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب‌اوقات) نمره‌گذاری می‌شود (۲۶). باقری‌نژاد، صالحی و طباطبایی ضریب پایایی پرسشنامه را به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و برای ابعادش ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش کردند. روایی پرسشنامه ازطریق همبسته‌کردن با پرسشنامهٔ باورهای فراشناختی ۰/۶۵ در سطح ۰/۰۰۱ 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 جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار مداخلهٔ درمان شناختی‌رفتاری را دریافت کردند؛ ولی برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. بعداز 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:

- جلسهٔ اول: خوش‌آمدگویی و آشنایی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه، آموزش دربارهٔ باورهای مطلق خود و دیگران و اجرای پیش‌آزمون؛
- جلسهٔ دوم: آموزش نظریهٔ اختلال هیجانی، رابطهٔ میان فکر و روحیه، خطاهای شناختی، تمرین خودآگاهی، بحث دربارهٔ افکار خودآیند منفی و چگونگی شناسایی و تغییر آن‌ها؛
- جلسهٔ سوم: تمرین خودآگاهی و آموزش ده راه برای سالم‌اندیشی؛
- جلسهٔ چهارم: بحث دربارهٔ طرز تلقی‌ها و هراس‌های مخرب، انواع کمال‌طلبی‌ها، روش پیکان عمودی و برنامهٔ سه مرحله‌ای برای دست‌یابی به برداشت‌های سالم‌تر؛
- جلسهٔ پنجم: درک اضطراب و اهمیت افکار فرد در تولید اضطراب و راه‌های غلبه‌بر اضطراب؛
- جلسهٔ ششم: تشخیص بلاتکلیفی، پیشنهاداتی برای مقابله‌با بلاتکلیفی، آگاهی‌افزایی دربارهٔ نگرانی و شناسایی باورهای مثبت دربارهٔ مفیدبودن نگرانی؛
- جلسهٔ هفتم: تاب‌آوری چیست؟، خصوصیات تاب‌آوری، عوامل کمک‌کننده بر انعطاف‌پذیری، ویژگی‌های افراد تاب‌آور و چگونه تاب‌آورشدن؛
- جلسهٔ هشتم: مهارت‌های حل مسئله، بهبود جهت‌گیری دربرابر مشکل و به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله؛
- جلسهٔ نهم: پنج رمز ارتباط صمیمانه، سه شیوهٔ مربوط به مهارت شنیدن، دو شیوهٔ مربوط به ابرازوجود و چگونگی ایجاد ارتباط بهتر؛
- جلسهٔ دهم: مشکل برقراری ارتباط، ده طرزتلقی منع‌کننده در ابراز احساس و گوش‌دادن؛
- جلسهٔ یازدهم: استرس چیست؟ کنترل و استرس، استرس مزمن، ذهن و استرس، علائم استرس، نشانه‌های وجود استرس و مقابله‌با استرس؛
- جلسهٔ دوازدهم: مهار استرس و مهارت‌های زندگی، رعایت نکات کاهش‌دهندهٔ استرس؛
- جلسهٔ سیزدهم: خشم چیست؟ مدیریت خشم، سبک‌های پاسخی ناسازگار، چگونگی پاسخ‌دادن جرأت‌مند، بررسی و مرور برنامه، قرارهایی به‌منظور پیگیری، ارزیابی بعداز 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 مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری را به‌تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. براساس جدول، میانگین پس‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری

[1]. Ruminative Responses Scale (RRS)

[2]. Hoeksema and Maro

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]

در گروه آزمایش، بیشتراز گروه کنترل مشاهده می‌شود. در پس‌آزمون و پیگیری متغیر نشخوار ذهنی، میانگین گروه آزمایش کمتراز گروه کنترل است.

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

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	تعداد
تاب‌آوری	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
نشخوار ذهنی	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

برای مقایسهٔ گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان تاب‌آوری و نشخوارذهنی بعداز مداخلهٔ درمانی و جهت کنترل اثر پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. ذکر این نکته ضروری است که روش‌های تحلیلی گوناگونی برای آزمودن طرح‌های پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با پیگیری وجود دارد ازجمله تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر نمره‌های اصلی یا تفاضل؛ ولی ازآنجاکه روش تحلیل کوواریانس درمقایسه با نمره‌های تفاضل از توان آماری بیشتری برای رد فرض صفر غلط برخوردار است، به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ترجیح داده می‌شود (۳۲). قبل‌از اجرای آزمون تحلیل کواریانس جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیرهای پژوهش، از آزمون کلموگروف‌اسمیرنف استفاده شد. نتیجهٔ این آزمون معنادار نبود؛ بنابراین فرض نرمال‌بودن 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 گرفته شد که نتیجهٔ این آزمون نیز معنادار نبود؛ بنابراین داده‌ها مفروضهٔ 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 همهٔ آزمون‌ها، بیانگر آن بودند که بین بیماران مبتلا به اماس گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل ازلحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و نشخوار فکری) تفاوت معنادار وجود دارد (F=۱۰۲/۶۹ و p<۰/۰۰۱). میزان اثر Eta=۰/۹۳ نشان‌می‌دهد: ۹۳درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اماس مربوط به تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری است. توان آماری برابر با ۱ بوده، به‌عبارت‌دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

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

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس 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	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
نشخوار ذهنی	۱۸۵/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۸

همان‌طورکه در جدول ۲ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون، بین بیماران مبتلا به اماس گروه آزمایش و گروه کنترل ازلحاظ تاب‌آوری (p<۰/۰۰۱ و F=۴۳/۶۰) تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین، درمان شناختی‌رفتاری موجب افزایش تاب‌آوری نمونه‌های مطالعه‌شده در گروه آزمایش شده است. مقدار Eta=۰/۶۳ نشان می‌دهد که ۶۳درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری مربوط به تأثیر درمان شناختی‌رفتاری است. همچنین باتوجه به نتایج جدول ۲، براساس یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس (p<۰/۰۰۱ و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]

F=۱۸۵/۹۱) تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل ازلحاظ نشخوار ذهنی به‌صورت معنادار مشاهده می‌شود. درمان شناختی‌رفتاری موجب کاهش نشخوار ذهنی گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل شده است. مقدار Eta=۰/۸۸ نشان می‌دهد که درمان شناختی‌رفتاری موجب ۸۸درصد تغییرات متغیر وابسته‌شده و به‌معنای آن است که در کاهش نشخوار ذهنی مؤثر بوده است.

جهت اطمینان از پایداری تأثیرات درمان شناختی‌رفتاری، یک‌ماه بعداز اتمام جلسات مداخله‌ای نیز هر دو گروه به آزمون‌های پژوهش پاسخ دادند. برای این منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پیگیری استفاده شد. در مرحلهٔ پیگیری با کنترل پیش‌آزمون سطوح معناداری همهٔ آزمون‌ها، بیانگر آن بودند که بین بیماران مبتلا به اماس گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل ازلحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تاب‌آوری، نشخوار فکری) تفاوت معناداری وجود دارد (F=۱۱۱/۳۶ ،p<۰/۰۰۱). میزان اثر Eta=۰/۹۴ نشان می‌دهد ۹۴درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری تاب‌آوری و نشخوار فکری مربوط به تأثیر آموزش درمان شناختی‌رفتاری است. توان آماری برابر با ۱ بوده، به‌عبارت‌دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

برای پی‌بردن به این نکته که ازلحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر میانگین پیگیری نمرات تاب‌آوری و نشخوار فکری گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	F	p	اندازه اثر	توان آماری
تاب‌آوری	۱۰۵/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱
نشخوارفکری	۱۷۰/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱

طبق جدول ۳، با کنترل پیش‌آزمون در دورهٔ پیگیری بین بیماران مبتلا به اماس گروه آزمایش و گروه کنترل ازلحاظ تاب‌آوری (F=۱۰۵/۶۱ و p<۰/۰۰۱) و نشخوار فکری (F=۱۷۰/۷۲ و p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، درمان شناختی‌رفتاری موجب تداوم افزایش تاب‌آوری (Eta=۰/۸۰) و کاهش نشخوار فکری (Eta=۰/۸۷) در گروه آزمایش بعداز یک‌ماه شده است. یعنی ۸۰درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری تاب‌آوری و ۸۷درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری نشخوار فکری، مربوط به تأثیر درمان شناختی‌رفتاری است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر تاب‌آوری و نشخوارذهنی بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری در افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به اماس مؤثراست. این یافته به‌طور مستقیم با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش نری و همکاران (۲۱) و رضایی (۲۳) که نشان دادند: درمان شناختی‌رفتاری سبب افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به اماس می‌شود، همسوست.

بیماران مبتلا به اماس به‌دلیل نوع بیماری و اختلالی که در سیستم‌عصبی مرکزی دارند، درمقابل استرس‌های بیماری متزلزل‌بوده و دربرابر این معضلات ذهنی و عاطفی تاب‌آوری کمتری دارند (۵). تاب‌آوری در کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت تحت‌تأثیر استرس قرار می‌گیرد؛ بنابراین استرس می‌تواند به‌واسطهٔ مکانیزم‌های نورونی پیرامونی و مرکزی سطوح برانگیختگی و تحریک را برای پاسخ‌های سازگار تنظیم کند. استرس با فعال‌کردن هورمون‌های برانگیختگی و مکانیزم‌های دیگر هم منجربه تسهیل و هم تضعیف کارکردهای شناختی شده که شامل سرعت پردازش و بازداری اطلاعات مهم و برجسته است؛ بدین‌معنا که مطابق با نمودار U معکوس، استرس در سطح بهینه می‌تواند فرد را فعال نگاه‌داشته؛ اما چنانچه استرس مداوم و شدت آن روبه افزایش باشد، نه‌تنها کارآمدی فرد را کاهش می‌دهد بلکه منجربه احساس فرسودگی نیز می‌شود (۲۷).فلبرگ (۲۸) معتقد است: فنون آزمون واقعیت و ردکردن که در مداخله‌های شناختی‌رفتاری استفاده می‌شوند، می‌توانند به کاهش باورهای منفی و درک این مسئله منتهی شوند که استرس واقعاً کنترل‌شدنی است. همچنین درمان شناختی‌رفتاری باافزایش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اماس موجب کاهش خُلق منفی و افسردهٔ این بیماران می‌شود. متعاقب آن با افزایش تاب‌آوری در این افراد همراه است و کمک می‌کند سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را برانگیزد (۲۹).

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر این بود که گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری در کاهش نشخوارذهنی بیماران مبتلا به اماس مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش جورج (۱۱)، اوکرنی (۲۲)، قمری، دستانی و قدیمی (۲۴) که نشان دادند درمان شناختی‌رفتاری، موجب کاهش نشخوارذهنی بیماران اماس شد، همسویی دارد. بیماران اماس گرفتار افکار منفی خودآیند درارتباط با بیماری خود هستند که به‌صورت نشخوار ذهنی تداوم می‌یابند. این نشخوار موجب شدت علائم بیماری می‌شود و نیز ممکن است فاصلهٔ حملات را کوتاه‌تر کند (۳۰). درمان شناختی‌رفتاری برای کاهش نشخوار فکری شامل توقف فکر و روش‌های منحرف‌کنندهٔ حواس مثبت و آموزش مهارت‌های حل مسئله و یادگیری مهارت‌های تن‌آرامی است. با تمرکز بر طرزکار در سطح فرآیند فکری و تأکید بر بناکردن درمان مبتنی‌بر تجربیات عینی می‌تواند در مقابله‌با این پدیده متداول و ناتوان‌کننده مؤثر واقع شود (۳۱).

دربارهٔ محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر می‌توان‌گفت که امکان دست‌یابی به همهٔ بیماران در انجمن وجود نداشت. برخی‌از بیماران نیز به‌علت شرایط جسمانی، حاضر نشدند که پرسشنامه‌ها را پُرکرده یا در جلسات شرکت کنند؛ درنتیجه امکان انتخاب تصادفی نمونهٔ پژوهش فراهم نشد

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]

و بیماران دردسترس، نمونهٔ مطالعه‌شده را تشکیل دادند.

پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی، پزشکان و انجمن‌های اماس ضمن توجه ویژه به اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری 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 شناختی‌رفتاری بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر روند بهبود بیماری، بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

درمان شناختی‌رفتاری باتأکید بر مؤلفه‌های شناختی ازجمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای بر جایگزین‌کردن ارزیابی‌های شناختی غیرواقع‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر دارد. این جایگزینی به‌واسطهٔ افزایش بینش و آگاهی فرد در درک ارتباط میان به راه‌اندازنده‌های 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. ازاین‌رو بیمار به توانایی‌های خود پی می‌برد و با تعویض نقش در زندگی، تاب‌آوری او افزایش می‌یابد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]

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 Cognetive 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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]

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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.46.4]