

اثر بخشی گروه‌درمانی فراشناختی بر مؤلفه‌های فراشناختی و تاب‌آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

دکتر حسین شاره⁽¹⁾، الهه اصغرخواه⁽²⁾

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی بر مؤلفه‌های فراشناختی و تاب‌آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت. **روش:** این مطالعه نیمه‌آزمایشی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دو مرحله پیگیری انجام شد. از بین تمام بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن MS خراسان رضوی در سال 1393، 30 نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش طی 8 هفته تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل روند عادی جلسه‌های انجمن MS را می‌گذرانند. پرسشنامه‌های فراشناخت 30 سؤالی (MCQ-30) و تاب‌آوری کانر - دیویدسون (CD-RISC) در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری‌ها مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که گروه‌درمانی فراشناختی منجر به بهبود معنی‌دار تمام مؤلفه‌های فراشناختی ($p < 0/001$) و افزایش معنی‌دار تاب‌آوری ($p < 0/001$) در مقایسه با گروه کنترل می‌شود و این نتیجه پس از دو مرحله پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه کاملاً حفظ گردید. **نتیجه‌گیری:** گروه‌درمانی فراشناختی منجر به بهبود فراشناخت‌ها و تاب‌آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود.

کلیدواژه: گروه‌درمانی؛ فراشناخت؛ تاب‌آوری؛ مولتیپل اسکلروزیس؛ زنان

[دریافت مقاله: 1394/6/13؛ پذیرش مقاله: 1394/10/5]

مقدمه

حسی و حرکتی را تحت تأثیر می‌دهد (2، 3). تعداد زیادی از مردم جهان به این بیماری مبتلا هستند. حدود 2/5 میلیون نفر در دنیا (4) و 70 هزار نفر در ایران (5) از این بیماری رنج می‌برند. این میزان روز به روز در حال افزایش است و از آن به بیماری قرن یاد می‌کنند. علت این بیماری هنوز ناشناخته است و پیشگیری و درمان قطعی ندارد (6-8). این بیماری مشکل مهم سلامتی است که باعث محدودیت‌هایی در عملکرد فیزیکی، اجتماعی و شناختی افراد می‌شود (4). پژوهش‌های انجام‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت⁴ (WHO) نشان می‌دهد که شیوع MS در ایران 4-5

در چند دهه اخیر، نوع جدیدتری از بیماری‌ها، تحت عنوان بیماری‌ها و اختلال‌های روان‌تنی¹ ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن‌ها دخیل هستند (1). اختلال مولتیپل اسکلروزیس² (MS) از مهم‌ترین اختلال‌هایی است که تأثیر قدرتمندی از کارکردهای روانی دارد. مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن پیش‌رونده و تخریب‌کننده سیستم عصبی مرکزی است که باعث تخریب میلین³ اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) می‌شود و باعث ایجاد اختلال در هدایت جریان‌های عصبی و الکتریکی شده و عملکردهای

(1) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه حکیم سبزواری. سبزواری، توحیدشهر، پردیس دانشگاه حکیم سبزواری. دورنگار: 051-44410460 (نویسنده مسئول)
(2) E-mail: hsharreh@yahoo.com.au کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، گروه روانشناسی بالینی.

¹ psychosomatic
² Multiple Sclerosis
³ debugger Myelin
⁴ World Health Organization

تصمیم‌گیری بهتر بهره می‌برند. علاوه بر این، نتایج تحقیق ایسن³ (33) نشان می‌دهند که افراد تاب‌آور، نحوه استدلال و نگرش متفاوتی در مواجهه با شرایط ناگوار اتخاذ می‌کنند یعنی در پردازش فکری به‌جای تمرکز بر مشکل و پیامدهای آن، به خود توجه بیشتری می‌کنند. این تمرکززدایی و روند فکری مشخص، اشاره‌ای بر استفاده از سیستم فراشناختی در افراد تاب‌آور است (33). پژوهش‌های برنارد⁴ (34)، اسپادا⁵، نیکویس⁶، مونتا⁷ و ولز⁸ (35)، زوست⁹ (36)، ولز (37)، سفای¹⁰ (38)، کابات زین¹¹ (39)، ایسن (33) و جانک¹²، کالاماری¹³، ریمن¹⁴ و هفلفینگر¹⁵ (40) نشان‌دهنده استفاده افراد تاب‌آور از سطوح بالای تفکر انتزاعی و فراشناخت است.

فراشناخت¹⁶، یک مفهوم چندوجهی است که به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آن‌ها برای تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد (41، 42). این مفهوم دربرگیرنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا کنترل می‌کند (43). رویکرد فراشناختی بر اساس نظریه بنیادی کارکرد اجرایی خود نظم بخش¹⁷ ولز و متوس¹⁸ استوار است. در این رویکرد فرض می‌شود که افراد مبتلا به اختلال‌های شناختی و هیجانی، درگیر نظارت افراطی بر اطلاعات مربوطه مانند افکار، حالت‌های بدنی، خلق و تهدید بیرونی هستند. این فرایندها مانع توجه به اطلاعات جدیدی می‌شوند که ممکن است باورهای منفی را تأیید نکنند و در نتیجه رفتارهای بعدی را آشفته می‌سازد و موجب حفظ پریشانی می‌شود (37). کژکاری روان‌شناختی به‌وسیله یک سبک مدیریتی شناختی - عاطفی به نام سندرم شناختی - توجهی¹⁹، حفظ می‌شود که شامل راهبردهای مقابله‌ای

نفر در هر 10 هزار نفر است. اصفهان و مشهد از جمله شهرهای ایران هستند که بیشترین میزان شیوع را نسبت به دیگر شهرهای کشور دارند (9).

شیوع روزافزون بیماری MS بر لزوم توجه بیشتر به این بیماری و راه‌های پیشگیری و درمان تأکید می‌کند (10). شایع‌ترین سن ابتلا به بیماری MS 18 تا 40 سال می‌باشد (11) و شیوع در زنان نسبت به مردان نزدیک به 2 برابر است (12). هزینه‌های درمان بیماری مولتیپل اسکلروزیس بسیار بالا است، به گونه‌ای که این هزینه در آمریکا سالیانه 2/5 بیلیون دلار (13) و در ایران بیش از 30 درصد بودجه دارویی وزارت بهداشت (14) تخمین زده شده است. میزان مرگ در اثر این بیماری در طول دو دهه گذشته در آمریکا حدود 25 درصد افزایش یافته است (15). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مبتلایان به MS از میزان بالای مشکل‌های روانی و افسردگی رنج می‌برند (16)، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و نسبت به افراد دیگر اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و استرس در این بیماران ممکن است باعث ایجاد یک حمله شود (17-19).

اخیراً دانشمندان حوزه سلامت در پی یافتن ارتباط بین بیماری‌های روانی و جسمی با تاب‌آوری¹ هستند (20). تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (21)، افسردگی را کاهش می‌دهد (22)، توانایی سازگاری با درد (23) و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (24). افزون بر این، محققان بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (25). از دیگر ویژگی‌های تاب‌آوری کمک به کاهش حساسیت در مقابل بیماری‌ها، بهبود پیش‌آگهی‌ها، انطباق بهتر با بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان (26)، ایدز (27)، دیابت (28) و بیماری‌های قلبی (29) است. در نتیجه، تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر مشکل‌های روانی و اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد. در این زمینه به‌عنوان یک تبیین احتمالی گفته‌اند که تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت‌نفس و مقابله موفق با هیجان‌های منفی می‌شود (30، 31).

نتایج پژوهش‌های آنالاکشمی² (32) نشان می‌دهند که افراد تاب‌آور در توضیح رفتارها و انجام تکالیف، بیشتر از فراشناخت‌ها کمک می‌گیرند و از تفکر فراشناختی در هنگام

³ Isen

⁴ Bernard

⁵ Spada

⁶ Nikcevic

⁷ Moneta

⁸ Wells

⁹ Züst

¹⁰ Cefai

¹¹ Kabt zinn

¹² Janeck

¹³ Calamari

¹⁴ Riemann

¹⁵ Heffelfinger

¹⁶ metacognition

¹⁷ Self Regulatory Executive Function

¹⁸ Matthews

¹⁹ Cognitive Attention Syndrome

¹resiliency

²Annalakshmi

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی⁸، با استفاده از طرح اندازه‌گیری‌های مکرر با چهار اندازه‌گیری و پیگیری با فاصله زمانی یک‌ماه و سه‌ماه بعد از اتمام جلسه‌های درمانی صورت گرفت. در این طرح که از مهرماه تا اسفندماه سال 1393 به طول انجامید، ابتدا از تمامی بیماران مراجعه‌کننده به انجمن MS خراسان رضوی که علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند به مدت یک‌ماه ثبت‌نام به عمل آمد و پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و سوابق پزشکی به ایشان داده شد. سپس از میان بیماران ثبت‌نام‌شده (54 نفر) بر اساس اطلاعات فردی، سوابق پزشکی و با توجه به معیارهای ورود و خروج 30 نفر بیمار زن مبتلا به MS به روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و به طور کاملاً تصادفی در دو گروه (درمان فراشناختی و کنترل) جای داده شدند. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بودند از: تشخیص نهایی مبتلا به MS توسط عصب‌شناس، امضای فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، تحصیلات حداقل دیپلم، نمره 4-1 در مقیاس وضعیت ناتوانی گسترده (EDSS)⁹ به تشخیص عصب‌شناس. ملاک‌های خروج نیز شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی حداقل یک‌ماه قبل از ورود به پژوهش، وجود سابقه بیماری متابولیک مانند تیروئید و غیبت بیش از دو جلسه بودند. از بین 54 نفر بیمار ثبت‌نام‌شده، هفت نفر به خاطر نمره EDSS بالاتر از 5، هشت نفر به دلیل تحصیلات کمتر از دیپلم، پنج نفر به خاطر غیبت بیشتر از دو جلسه و چهار نفر به علت دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از شروع مداخلات، از پژوهش حذف گردیدند و در نهایت 30 نفر به عنوان نمونه باقی ماندند. در گروه آزمایش درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر مبنای الگوی گام‌به‌گام درمان فراشناختی عمومی¹⁰ ولز (2009) طی 8 جلسه 120 دقیقه‌ای و به صورت هفتگی اجرا شد که خلاصه جلسه‌ها در **جدول 1** آورده شده است. درمان توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی که دوره‌های تخصصی در درمان فراشناختی را گذرانده، زیر نظر یک دکتر روانشناسی بالینی متخصص در درمان فراشناختی صورت گرفته است. بیماران در فاصله بین جلسه‌ها و حین انجام تکلیف خانگی به صورت تلفنی با درمانگر در ارتباط بوده و راهنمایی می‌شدند. آزمودنی‌های گروه کنترل در جلسه‌هایی

ناسازگارانه‌ای نظیر تفکر تکرارشونده¹، پایش تهدید²، فرونشانی³ و اجتناب⁴ است که باعث تداوم افکار و هیجان‌های منفی می‌شود (44). در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. کارترایت-هاتن⁵ و ولز (45) در پژوهشی نشان دادند که فراشناخت‌های غلط، به ویژه باورهای منفی مربوط به کنترل‌ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند.

درمان فراشناختی رویکرد نوینی است که در سال‌های اخیر مطرح شده است و به دلیل ویژگی‌های خاص خود نظیر داشتن ساختار منظم، تعداد محدود جلسه‌های درمانی، تأکید بر فرآیند شناخت به جای محتوای آن، طراحی فنون خاص نظیر ذهن‌آگاهی گسلیده⁶ (DM) و فنون آموزش توجه⁷ (ATT) و ارائه مدل‌های ویژه هر اختلال و ارزشیابی تجربی آن‌ها با استقبال گسترده‌ای در سطح جهان مواجه گشته است و اثربخشی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (37). این رویکرد در درک و درمان اختلال‌هایی مانند اضطراب فراگیر (46)، استرس پس از سانحه (46، 47)، وسواس فکری و عملی (48، 49)، اضطراب اجتماعی (50) و افسردگی (51) بسیار مؤثر بوده است. با توجه به این‌که مبتلایان به MS از میزان بالای مشکل‌های روانی و افسردگی رنج می‌برند، نسبت به افراد دیگر اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (16، 18، 19) و نیز با توجه به اثربخشی بالای درمان فراشناختی بر اختلال‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب، می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً درمان فراشناختی می‌تواند بر حالت‌های روانی بیماران MS تأثیر بگذارد و از تشدید MS جلوگیری نماید. با این وجود، تحقیق‌های اندکی در رابطه با اثربخشی مدل فراشناختی در درمان بیماران روان‌تنی انجام شده است و با توجه به بررسی‌های محقق تاکنون هیچ مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی بر MS صورت نگرفته است و به نظر می‌رسد این پژوهش یکی از اولین گام‌ها در این زمینه باشد.

¹ rumination² monitoring threats³ suppression⁴ avoidance⁵ Hutten⁶ Detached Mindfulness⁷ Attention Training Technique⁸ semi-experimental⁹ Expanded Disability Status Scale¹⁰ General Metacognitive Therapy

مقیاس شش ماده دارد. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از:
 1- باورهای فراشناختی مثبت به نگرانی² (مثلاً نگرانی کم‌کم می‌کند با مشکل‌ها کنار بیایم)
 2- باورهای فراشناختی منفی که بر کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی‌ها تأکید می‌کند³ (مثلاً وقتی نگران می‌شوم نمی‌توانم به آن پایان دهم)
 3- کارآمدی شناختی پایین⁴ (مثلاً حافظه ضعیفی دارم)
 4- لزوم کنترل افکار⁵ (مثلاً ناتوانی در کنترل افکارم، نشانه ضعف من است)
 5- خودآگاهی شناختی⁶ (مثلاً توجه زیادی به شیوه‌ای که ذهنم کار می‌کند، دارم).

اعتبار بازآزمایی کل مقیاس در فاصله 4 هفته 0/75 و اعتبار خرده مقیاس‌ها در دامنه 0/59 تا 0/87، همبستگی کل مقیاس با پرسشنامه‌های نگرانی پنسیلوانیا⁷ و اضطراب خصلتی به ترتیب 0/54 و 0/53 و همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس‌های مذکور در دامنه 0/25 تا 0/75 گزارش شده است (52). در نمونه ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/91 و برای خرده مقیاس‌های کنترل‌ناپذیری 0/87،

که توسط انجمن MS برگزار می‌شد شرکت می‌کردند و هیچ مداخله‌ای در زمینه درمان فراشناختی تا قبل از پیگیری دوم بر روی گروه کنترل صورت نگرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی به بیماران گروه کنترل گفته شد که حدود 6 ماه در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار دارند و به این گروه نیز در زمان مناسب درمان فراشناختی آموزش داده می‌شود. آزمودنی‌ها در هر دو گروه آزمایش و کنترل در طی 4 مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک‌ماهه و پیگیری سه‌ماهه) مورد آزمون قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای پژوهشی زیر استفاده شد.

پرسشنامه فراشناخت 30 سؤالی¹ (MCQ-30): این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت-هاتن (52) ساخته شده و شامل 30 گویه خودگزارشی است که باورهای افراد را درباره تفکرشان می‌سنجد. پاسخدهی به گویه‌ها در طیف لیکرت چهار درجه‌ای (موافق نیستم = یک تا خیلی زیاد موافقم = چهار) انجام می‌شود. این مقیاس پنج خرده مقیاس و هر خرده

جدول 1- خلاصه جلسه‌های گروه‌درمانی فراشناختی طراحی شده بر اساس پکیج ولز (2009)

جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، سازمان‌دهی گروه و آشنایی اولیه اعضا با یکدیگر و رهبر، ارزیابی اولیه بیماران، آشنایی با اصول و قواعد گروهی، آشنایی با بیماری MS، تشریح و تبیین نقش عوامل روحی و روانی در ایجاد و پیشرفت بیماری MS
جلسه دوم	معرفی مدل فراشناختی و آماده‌سازی به درمان، فرمول‌بندی مورد، آزمایش فرونشانی، آموزش و تمرین فنون آموزش توجه (ATT)، تکمیل برگه خلاصه فنون آموزش توجه
جلسه سوم	تمرین ATT، معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده (DM)
جلسه چهارم	تمرین ATT، DM و بیان استعاره‌هایی از ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری و نگرانی به‌عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل‌ناپذیری
جلسه پنجم	تمرین ATT و DM، بررسی و چالش باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری نشخوار فکری و نگرانی، تغییر تهدیدپذیری و بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن (بررسی و منع سایر روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه مثل خوابیدن و خوردن بیش‌ازحد)
جلسه ششم	تمرین ATT و DM، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری و نگرانی، به تعویق انداختن نشخوار فکری، آزمایش رفتاری به منظور چالش با باورهای مربوط به خطر (مانند آزمایش کاهش و افزایش سطح نگرانی)، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیر انطباقی باقیمانده، تکلیف خانگی (تمرین ATT، گسترش کاربرد DM، به تعویق انداختن نشخوار فکری و نگرانی، وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، آزمایش از دست دادن کنترل)
جلسه هفتم	تمرین ATT و DM، شروع کار بر روی تدوین برنامه نهایی درمان برای پیشگیری از عود شامل شناسایی عوامل برانگیزاننده علائم و ترغیب اعضا به منظور جایگزینی برنامه جدید با برنامه قدیمی
جلسه هشتم	بررسی چالش‌های برنامه درمان (جلوگیری از عود)، پیش‌بینی برانگیزنده‌های آتی، تقویت برنامه جایگزین، اجرای پس‌آزمون

6
6

¹Meta Cognitive Questionnaire-30 (MCQ-30)

² positive beliefs about worry

³ negative beliefs about uncontrollability of thoughts and danger

⁴ low cognitive confidence

⁵ need to control thoughts

⁶ cognitive self-consciousness

⁷Pennsylvania State Worry Questionnaire

مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران، نشان داد که این ابزار از همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی همگرا و واگرایی کافی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ 0/85، ضریب همبستگی درونی 0/71 و روایی بین 0/84-0/76 به دست آمد.

این پرسشنامه در ایران، توسط محمدی (57) به فارسی ترجمه و مورد انطباق قرار گرفت که ضریب آلفای کرونباخ 0/87 و ضریب پایایی 0/89 را به دست آورد. نتایج تحلیل عامل بر روی این مقیاس بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. در تحقیق محمدی، ضرایب سؤال‌ها با نمره کل بین 0/41 تا 0/64 بودند. سامانی، جوکار و صحراگرد نیز در پژوهشی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، همسانی درونی 0/93 را برای این مقیاس گزارش دادند و با روش تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی، وجود یک عامل را در این مقیاس تأیید کردند. در این تحقیق، پایایی در دانشجویان، به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با 0/87 به دست آمد (25).

یافته‌ها

سن مشارکت‌کنندگان 30 تا 40 سال با میانگین 34/71 و

باورهای مثبت 0/86، آگاهی شناختی 0/81، اطمینان شناختی 0/80 و نیاز به کنترل افکار 0/71 و همبستگی نمره خرده مقیاس‌ها با نمره کل مقیاس بین 0/58 تا 0/87 و همبستگی بین عامل‌ها در دامنه 0/26 تا 0/62 گزارش شده است (53). در پژوهش شاره (54)، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه 0/94 به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون¹ (CD-RISC): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (55) با هدف تهیه مقیاسی برای سنجش تاب‌آوری در نمونه‌های بالینی و بهنجار و نیز ارزیابی میزان تغییر نمره‌های تاب‌آوری در پاسخ به درمان، تدوین گردید (55، 56). تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از افراد غیر تاب‌آور در گروه‌های غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های بالینی و غیر بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه دارای 25 سؤال پنج‌گزینه‌ای (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) با نمره‌گذاری از صفر تا 4 است. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، ولی دارای یک نمره کل بوده که حداقل نمره تاب‌آوری در آن صفر و حداکثر 100 است (55). یک مطالعه مقدماتی در

جدول 2- میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های فراشناختی و تاب‌آوری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	پیکری اول	پیکری دوم	درصد تغییرات
		میانگین (انحراف معیار)	آماره t (سطح معناداری)				
باورهای	آزمایش	13/5 (3/06)	0/670 (0/518)	6/1 (0/29)	6/3 (0/49)	6/7 (0/78)	53
فراشناختی مثبت	کنترل	14/6 (5/09)		15/7 (5/44)	15/4 (5/30)	15/2 (5/57)	6
باورهای	آزمایش	15/8 (3/43)	0/390 (0/700)	6/1 (0/29)	6/7 (0/65)	7/9 (0/99)	56
فراشناختی منفی	کنترل	15/3 (3/30)		16/7 (3/84)	16/7 (3/84)	16/6 (3/84)	9
کارآمدی	آزمایش	14/4 (2/39)	0/365 (0/718)	8/9 (2/54)	8/7 (1/60)	8/4 (1/31)	40
شناختی پایین	کنترل	14/8 (3/36)		15/7 (3/64)	15/8 (3/68)	15/6 (3/62)	6
لزوم کنترل افکار	آزمایش	14/8 (3/51)	0/102 (0/919)	7/7 (0/98)	7/7 (1/21)	7/9 (1/44)	48
	کنترل	15/0 (4/53)		15/3 (4/33)	15/2 (4/30)	15/4 (4/29)	2
خودآگاهی	آزمایش	15/7 (3/52)	0/794 (0/435)	8/8 (2/08)	8/8 (1/85)	9/4 (1/73)	43
شناختی	کنترل	16/8 (2/89)		17/5 (3/02)	17/5 (3/18)	17/5 (3/02)	4
باورهای	آزمایش	74/4 (12/97)	0/446 (0/659)	38/4 (5/68)	38/3 (3/70)	40/3 (3/42)	48
فراشناختی (کل)	کنترل	76/9 (14/92)		74/6 (25/06)	74/5 (25/08)	74/5 (25/08)	3
	آزمایش	45/2 (9/59)	0/016 (0/874)	76/2 (7/97)	74/8 (9/29)	75/2 (9/73)	67
تاب‌آوری	کنترل	45/8 (6/46)		49/1 (5/41)	49/0 (5/37)	49/0 (5/42)	7

¹ Connor and Davidson Resiliency Scale

همه داده‌های مربوط به مؤلفه‌های فراشناختی و تاب‌آوری از توزیع نرمال پیروی می‌کند ($p > 0/05$). همچنین با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود ($p > 0/05$). بررسی نتایج آزمون ام‌باکس برای یکسانی کوواریانس ماتریس‌ها² (جدول 4) نیز نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برقرار است و ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در تمامی گروه‌ها مساوی است ($p = 0/001$). بنابراین، مفروضه‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره‌ی برای داده‌های طرح اندازه‌گیری مکرر در جدول 5 نشان داده شده است.

بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی³ در هر 6 مؤلفه فراشناختی ($p < 0/001$) و تاب‌آوری ($p < 0/001$) برقراری شرط کرویت را، همان‌گونه که آماره‌های چند متغیره نیازمند رعایت کرویت نیستند، رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین‌هاوس - گیسر⁴ برای انجام آزمون عامل نمره مؤلفه‌های فراشناختی و تاب‌آوری در 4 بار

انحراف معیار $7/92$ بود. نمونه‌ها متأهل و دارای سطح تحصیلات دیپلم به بالا بودند. میانگین و انحراف استاندارد و درصد تغییرات نمره‌های مؤلفه‌های فراشناختی و تاب‌آوری دو گروه در جدول 2 آورده شده است. درصد بهبودی یا درصد تغییرات با فرمول زیر محاسبه می‌شود که در آن A_0 نمره‌ی پرسشنامه‌ی مورد سنجش در خط پایه، A_1 نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و $DA\%$ میزان تغییرات است (58):

$$\Delta A\% = \frac{A_0 - A_1}{A_0}$$

نتایج جدول 2 نشان می‌دهند نمره‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری‌ها نسبت به پیش‌آزمون به‌طور برجسته‌ای تغییر کرده است، درحالی‌که میانگین‌های گروه کنترل در 4 مرحله تغییر چندانی ندارند. نتایج آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌های پژوهش از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه در قبل از درمان نشان داد که گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای مورد مطالعه ندارند (جدول 2).

بررسی نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف¹ برای مؤلفه‌های فراشناختی و تاب‌آوری (جدول 3) در دو گروه آزمودنی و به تفکیک مراحل آزمون نشان داد که در مجموع

جدول 3- نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیر	گروه	آماره Z (سطح معناداری)		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری اول
باورهای فراشناختی مثبت	آزمایش	(0/541)0/802	(0/002)1/837	(0/031)1/446
	کنترل	(0/160)1/124	(0/427)0/876	(0/622)0/753
باورهای فراشناختی منفی	آزمایش	(0/957)0/510	(0/002)1/837	(0/308)0/966
	کنترل	(0/685)0/715	(0/940)0/531	(0/940)0/531
کارآمدی شناختی پایین	آزمایش	(0/517)0/817	(0/511)0/821	(0/764)0/679
	کنترل	(0/966)0/497	(0/731)0/688	(0/731)0/688
لزوم کنترل افکار	آزمایش	(0/728)0/690	(0/437)0/869	(0/185)0/090
	کنترل	(0/965)0/498	(0/873)0/593	(0/873)0/593
خودآگاهی شناختی	آزمایش	(0/913)0/559	(0/699)0/708	(0/641)0/742
	کنترل	(0/874)0/593	(0/908)0/564	(0/940)0/532
باورهای فراشناختی (کل)	آزمایش	(0/715)0/698	(0/586)0/774	(0/920)0/553
	کنترل	(0/418)0/884	(0/229)1/041	(0/225)1/045
تاب‌آوری	آزمایش	(0/491)0/834	(0/860)0/604	(0/705)0/704
	کنترل	(0/793)0/650	(0/988)0/449	(0/988)0/447

² M.Box's Test of Equality of Covariance Matrices

³ Mauchly's test

⁴ Greenhouse.Geisser

¹ Kolmogorov Smirnov test

جدول 4- نتایج آزمون M باکس برای برقراری فرضیه همسانی ماتریس وارینانس - کوواریانس

برابری	باورهای فراشناختی مثبت	باورهای فراشناختی منفی	کارآمدی شناختی پایین	لزوم کنترل افکار	خودآگاهی شناختی	باورهای فراشناختی (کل)	تاب آوری
M-Box	63/303	71/464	61/385	59/057	52/233	109/521	130/619
آماره F	5/118	5/778	4/963	4/775	4/223	8/855	10/561
معنی داری	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001

جدول 5- نتایج آزمون‌های چند متغیره درمان فراشناختی بر مؤلفه‌های فراشناختی و تاب آوری (روش لانداوی ویلکز)

متغیر	مقدار لانداوی ویلکز	آماره F	اندازه اثر	توان آزمون
باورهای فراشناختی مثبت	0/338	13/681	0/66	0/99
تعامل باورهای فراشناختی مثبت و گروه	0/203	27/417	0/80	1/00
باورهای فراشناختی منفی	0/179	32/003	0/82	1/00
تعامل باورهای فراشناختی منفی و گروه	0/114	54/574	0/89	1/00
کارآمدی شناختی پایین	0/247	21/305	0/75	1/00
تعامل کارآمدی شناختی پایین و گروه	0/150	39/797	0/85	1/00
لزوم کنترل افکار	0/258	20/105	0/74	1/00
تعامل لزوم کنترل افکار و گروه	0/249	21/073	0/75	1/00
خودآگاهی شناختی	0/273	18/624	0/73	1/00
تعامل خودآگاهی شناختی و گروه	0/210	26/316	0/79	1/00
نمره کل فراشناختی	0/420	9/656	0/58	0/99
تعامل نمره کل فراشناختی و گروه	0/456	8/339	0/54	0/98
تاب آوری	0/217	25/249	0/78	1/00
تعامل تاب آوری و گروه	0/297	16/557	0/70	1/00

* تمام موارد در سطح $p < 0/001$ معنادار است. نتایج جدول 5 نشان می‌دهد به‌طور کلی بین نمره‌های مؤلفه‌های فراشناختی و تاب آوری در مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری‌ها) و گروه‌های آزمودنی (آزمایش و کنترل) تفاوت معناداری وجود دارد و با تعامل بین اثرهای زمان و گروه معنادار است.

نتایج مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل) از طریق آزمون تعقیبی بن فرونی گروه‌های پژوهش نیز نشان داد که بین مؤلفه‌های فراشناختی و تاب آوری آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$). همچنین بررسی دوجه‌دوی تفاوت میانگین‌های هر یک از سه مرحله پس آزمون، پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه در مقایسه با پیش آزمون در گروه آزمایش نشان داد که تفاوت معناداری بین هر یک از سه مرحله با پیش آزمون در گروه آزمایش وجود دارد ($p < 0/001$) که بیشترین میزان به ترتیب در پس آزمون، پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه است ($p < 0/001$).

اندازه‌گیری و در مورد اثرهای درون آزمودنی‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول 6) وجود تفاوت معنادار آماری بین 4 بار اندازه‌گیری را در مورد همه متغیرها تأیید می‌کند ($p < 0/001$)، یعنی حداقل بین میانگین دو بار از اجراها، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری‌ها) و گروه‌ها در مؤلفه‌های فراشناختی و تاب آوری تعامل معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$)، یعنی حداقل در یکی از چهار بار اندازه‌گیری مکرر بین میانگین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج بیانگر این است که گروه‌درمانی فراشناختی در بهبود مؤلفه‌های فراشناختی و افزایش تاب آوری اثربخش است. توان‌های آماری در جدول 6 نیز حاکی از دقت معناداری در این روابط علی هستند.

جدول 6- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

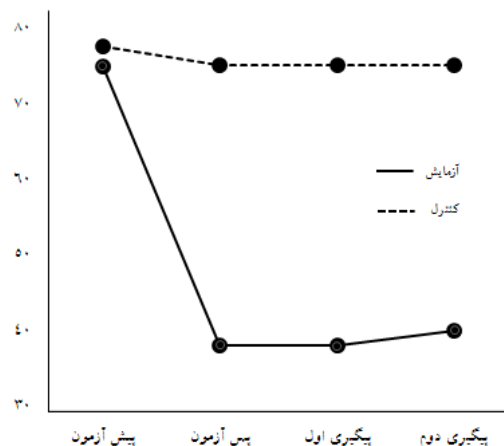
متغیر	آزمون	منبع تغییرها	مجموع مجذورها	درجه‌های آزادی	میانگین مجذورها	آماره F	اندازه اثر	توان آزمون
باورهای	بین آزمودنی‌ها	گروه	1252/9	1 و 23	1252/9	21/042	0/48	0/99
فراشناختی مثبت	درون آزمودنی‌ها	عامل	186/9	1/2 و 27/8	154/5	36/125	0/61	1/00
		عامل و گروه	299/9	1/2	247/9	57/954	0/72	1/00
باورهای	بین آزمودنی‌ها	گروه	1287/7	1 و 23	1287/7	44/516	0/66	1/00
فراشناختی منفی	درون آزمودنی‌ها	عامل	281/3	1/1 و 26/1	247/5	45/394	0/66	1/00
		عامل و گروه	506/1	1/1	445/4	81/669	0/78	1/00
کارآمدی شناختی	بین آزمودنی‌ها	گروه	715/9	1 و 23	715/9	23/210	0/50	0/99
پایین	درون آزمودنی‌ها	عامل	112/5	2/1 و 47/9	54/0	30/304	0/57	1/00
		عامل و گروه	202/5	2/1	97/3	54/553	0/70	1/00
لزوم کنترل افکار	بین آزمودنی‌ها	گروه	807/8	1 و 23	807/8	18/606	0/45	0/98
	درون آزمودنی‌ها	عامل	213/5	1/2 و 27/7	177/5	48/623	0/68	1/00
		عامل و گروه	253/8	1/2	211/1	57/805	0/71	1/00
خودآگاهی	بین آزمودنی‌ها	گروه	1087/0	1 و 23	1087/0	41/532	0/64	1/00
شناختی	درون آزمودنی‌ها	عامل	170/0	1/4 و 32/9	118/6	42/261	0/65	1/00
		عامل و گروه	260/7	1/4	181/9	64/817	0/74	1/00
باورهای	بین آزمودنی‌ها	گروه	18547/4	1 و 23	18547/4	20/723	0/47	0/99
فراشناختی (کل)	درون آزمودنی‌ها	عامل	6691/8	1/0 و 23/8	6449/2	21/359	0/48	0/99
		عامل و گروه	5115/7	1/0	4930/3	16/328	0/41	0/97
تاب‌آوری	بین آزمودنی‌ها	گروه	9630/4	1 و 23	9630/4	66/794	0/74	1/00
	درون آزمودنی‌ها	عامل	5226/1	1/3 و 30/5	3939/8	62/077	0/73	1/00
		عامل و گروه	3387/4	1/3	2553/7	40/236	0/64	1/00

* تمام موارد در سطح $p < 0/001$ معنادار است.

شکل‌های 1 و 2 سیر تغییر نمره‌های باورهای فراشناختی کلی و تاب‌آوری را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهند.



شکل 2- میانگین نمره‌های تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و کنترل



شکل 1- میانگین نمره‌های باورهای فراشناختی کلی در دو گروه آزمایش و کنترل

بحث

با پژوهش‌های ولز و کینگ (62)، ولز و همکاران (51)، ولز و پاپاجورجیو (50)، ولز و ولفورد و همکاران (46) و فیشر و ولز (48) در مورد اختلال‌های هیجانی تقریباً همسوست.

از آنجاکه نتایج درمان در پیگیری‌ها نیز پایدار بود، می‌توان احتمال داد که بهبود باورهای فراشناختی به بیماران کمک کرده است رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آن‌ها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرهای منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند، تعدیل نمایند. در طول جلسه‌های درمان فراشناختی، به بیماران روش‌هایی آموزش داده می‌شود که در آینده و در صورت لزوم با به‌کارگیری این روش‌ها با نگرانی‌ها مقابله کنند و این دلیل دیگری بر پایداری نتیجه درمانی بعد از پیگیری است (62). در اختلال‌های هیجانی، نگرانی و نشخوار فکری به‌عنوان ابزار غیرقابل انعطاف مقابله به کار گرفته می‌شود. در بیماری MS نیز به علت عدم درمان قطعی، عود، پیشرفت بیماری و آینده مبهم، بیماران دچار اختلال‌های هیجانی می‌گردند. از یافته‌های این تحقیق می‌توان دریافت که درمان نوین فراشناختی با توجه به تغییر آسان باورها و تفکرها و جلوگیری از درگیری فرد با محتوای تفکر می‌تواند یکی از درمان‌های مؤثر جهت جلوگیری از تشدید و احتمالاً بروز بیماری‌های روان‌تنی مانند MS باشد.

نتایج تحقیق حاضر همچنین نشان دادند که درمان فراشناختی منجر به افزایش تاب‌آوری در بیماران MS می‌شود که این یافته با نتایج پژوهش‌های آنالاشمی (32)، در ارتباط با این موضوع که افراد تاب‌آور در توضیح رفتارها و انجام تکالیف بیشتر از فراشناخت کمک می‌گیرند و از تفکر فراشناختی در هنگام تصمیم‌گیری بهتر بهره می‌برند و نیز پژوهش‌های برنارد (34)، اسپادا، نیکویس، مونت و ولز (35) که مؤید استفاده از سطوح بالای تفکر انتزاعی و فراشناخت در افراد تاب‌آور است تقریباً مشابه است. تحقیق‌های زوست (36)، ولز (37)، سفای (38)، کابات زین (39)، ایسن (33)، جانک، کالاماری، ریمن و هفلنبرگر (40)، بشارت و عباسپور دوپلانی (68) و حسینی (69) نیز به نتایجی رسیده‌اند که نتایج پژوهش حاضر با آن‌ها همخوان است. تمامی تحقیق‌های فوق‌الذکر به بررسی رابطه میان فراشناخت‌ها، خلاقیت و تاب‌آوری پرداخته‌اند، اما تاکنون هیچ تحقیقی اثرهای درمان فراشناختی را بر تاب‌آوری بیماران MS مورد مطالعه قرار نداده و احتمالاً تحقیق حاضر تنها تحقیق موجود در این رابطه

تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه‌درمانی فراشناختی بر مؤلفه‌های فراشناختی و تاب‌آوری زنان مبتلا به MS انجام شد. نتایج نشان دادند که گروه‌درمانی فراشناختی منجر به بهبود معنی‌دار تمام مؤلفه‌های فراشناختی در زنان مبتلا به MS می‌شود. در مجموع، نتایج تحقیق حاضر با نتایج دیگر پژوهش‌ها در مورد تأثیر درمان فراشناختی بر روی اختلال‌های هیجانی مشابه است. این نتایج، نسبتاً با مطالعه‌های فیشر و ولز (48)، فیروزآبادی و شاره (59)، شاره و همکاران (49)، شاره، غرابی و عاطف وحید (60)، ریس¹ و ون کوسولد² (61)، ولز و کینگ (62)، یوسفی و سهرابی (63)، شاره، دولتشاهی و کاهانی (64)، یعقوبی عسگرآباد، بساک‌نژاد، مهرابی‌زاده هنرمند و ضمیری‌نژاد (65)، کارترایت - هاتن و ولز (45) و ولز، فیشر و همکاران (51) مبنی بر کارآیی درمان فراشناختی در اختلال‌های هیجانی همسوست. با توجه به نظر کوهن³ (66)، مبنی بر این که اندازه اثر بیشتر اثربخشی بیشتر را نشان می‌دهد، بیشترین تغییر در تحقیق حاضر در رابطه با مؤلفه‌های فراشناختی بیماران MS به ترتیب مربوط به خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی منفی، خودآگاهی شناختی و کارآمدی شناختی پایین است که تقریباً با نظر ولز (37، 43) و تحقیق‌های کارترایت - هاتن و ولز (45)، فیروزآبادی و شاره (59)، سلمانی، حسینی، محمدخانی و کرمی (67) و شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی و غنی‌زاده (53) بر روی اختلال‌های دیگر همخوان است.

در این تحقیق بهبود در خرده‌مقیاس باورهای منفی در مورد نگرانی، با پیام درمان فراشناختی (فکر فقط فکر است) مبنی بر این که تلاش برای بیرون راندن افکار از ذهن و فرونشانی آن‌ها، به وخیم‌تر شدن اختلال می‌انجامد (37، 43)، همخوان است. هم‌چنین در این تحقیق مراجعان در خرده‌مقیاس کارآمدی شناختی بهبود معنی‌داری داشته‌اند که با پژوهش‌های ولز و پاپاجورجیو (50) مبنی بر همبستگی بین عدم کفایت شناختی و اختلال‌های هیجانی (که در این تحقیق با عوارض بیماری MS مشابه است) همسوست. علاوه بر این، درمان فراشناختی منجر به بهبود معنی‌دار باورهای فراشناختی مثبت، لزوم کنترل افکار و نمره کل باورهای فراشناختی با اندازه اثرهای مناسب 0/48، 0/45 و 0/47 شد که این یافته‌ها

¹ Rees² Van Koesveld³ Cohen

بیماران بر اساس نوع اختلال از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی شمار گسترده‌تری از بیماران اعم از زن و مرد و در شهرهای مختلف انجام پذیرد که یافته‌های آن قابل تعمیم به سایر بیماران باشد و نیز با مقایسه درمان فراشناختی با سایر درمان‌های روان‌شناختی، بهترین درمان جهت کاهش عوارض این بیماری شناسایی شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد در تحقیق‌های بعدی، ابتدا اختلال‌های هیجانی در بیماران MS مورد ارزیابی قرار گیرد و سپس بیماران با توجه به نوع اختلال در گروه‌های درمانی قرار گیرند. به علاوه، تحقیق بر روی اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی بر روی سایر بیماری‌های جسمی و روان‌تنی می‌تواند نتایج تحقیق حاضر را تأیید و گسترش دهد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کارکنان و بیماران محترم انجمن MS خراسان رضوی که صمیمانه ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری می‌شود.
[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده دوم است].
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan, B. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Syst.* 2005; 28(4): 673 - 679.
2. Compston A, Coles A. "Multiple sclerosis". *Lancet*, 359. 2002; (9313): 1221-31.
3. Compston, A, Coles A. "Multiple sclerosis". *Lancet*, 372. 2008; (9648): 1502-17.
4. Biediger D, Collet CH, Armspach, JP. Multiple sclerosis lesion detection with local multimodal Markovian analysis and cellular automata 'GrowCut'. *JCOS.* (2014); (1): 1-3.
5. Pakdaman H. (2014). Neurology in Iran: where we are, where we should go? Paper presented in the 22th Congress of Neurology & Clinical Electrophysiology of Iran. 12-15 May 2015, Tehran, Iran.

است. اعتقاد و آگاهی از توانایی‌ها و ناتوانایی‌های فردی که جزو ویژگی‌های تفکر فراشناختی محسوب می‌گردد، باعث بسیج انگیزه و مبادرت به یک‌رشته اعمال برای تفوق در تکلیف خاص می‌گردد. با بهبود وضعیت فراشناختی در بیماران، آن‌ها قادر می‌شوند به طور مؤثرتری از عهده رویدادهای ناخوشایند برآیند و در نهایت خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی در فرآیند تاب‌آوری فعال می‌شود. درمان فراشناختی با بهبود فراشناخت‌ها به بیماران کمک می‌کند در مواجهه با مشکل‌های بر مبنای پردازش اطلاعات، با تمرکززدایی از مشکل و پیامدهای آن به سوی توجه به خود، روند فکری بهتری را طی نمایند که خود منجر به رفتار مطلوب‌تر فرد و پیشگیری از آسیب‌های بعدی می‌گردد. به عبارتی تغییر در روند تفکر فرد، به وی کمک می‌کند تا نسبت به منابع سودمند موجود هوشیار باشد و آگاهی از منابع سودمند، احتمالاً خوش‌بینی را در فرد فرامی‌خواند و برای رسیدن به وضعیت تعادل (تاب‌آوری) به یاری او می‌آید.

درمان فراشناختی و بهبود فراشناخت‌ها، تفکر فرد را در مواجهه با مسئله و حل مشکل هدایت می‌کند (63). افزایش تاب‌آوری منجر به کاهش حساسیت در مقابل بیماری‌ها و انطباق بهتر با بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان (26)، ایدز (27)، دیابت (28) و بیماری‌های قلبی (29) می‌شود. در نتیجه تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر مشکل‌های روانی و اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد. همچنین، تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت عزت‌نفس و مقابله موفق با هیجان‌های منفی می‌شود (30، 55، 70، 71). درمان فراشناختی با بهبود تاب‌آوری بر روی عواطف و مقابله مؤثر تأثیر گذارده و منجر به بهبود بیشتر بیماران می‌شود.

آموزش ساده، عدم نیاز به تجهیزات ویژه، اجرای آسان توسط بیماران، مدت کوتاه درمان، روشن و ساده بودن تکنیک‌ها، تکالیف ساده بین جلسه‌ها، توانمندسازی مراجع برای خروج از درمان و همچنین انجام درمان به صورت گروهی از جمله عواملی بودند که باعث همکاری مراجع و اثربخشی معنادار این درمان در تغییر وضعیت روانی و حفظ نتایج در پیگیری‌ها شدند. اجرای این مطالعه بر روی نمونه کوچکی از زنان مبتلا به MS شهر مشهد می‌تواند تعمیم نتایج به کل بیماران MS را محدود سازد. همچنین عدم بررسی اختلال‌های هیجانی بیماران قبل از شروع درمان و تفکیک

6. Armstrong LE, Winant DM, Swasey PR, Seidle ME, Carter AL, Gehlsen GU, sing. Isokinetic dynamometry to test ambulatory patients with multiple sclerosis. *Phys Ther.* 1983; 63(8): 1274-9.
7. Stroud NM, Minahan CL. The impact of regular physical activity on fatigue, depression and quality of life in person with multiple sclerosis. *Health Qual life.* 2009; 20(7): 68-77.
8. Valko PO, Bassetti CL, Bloch KE, Held U, Baumann CR. Validation of the fatigue severity scale in a Swiss cohort. *Sleep.* 2008; 31(11): 1601-1607.
9. Rafeeyan Z, Azarbarzin M, Mustafa Moosa F, Hasanzadeh A. Effect of aquatic exercise on the multiple sclerosis patients' quality of life. *IJNMR.* 2010; 15(1): 43-47 [Persian]
10. Pena, JA, Ravelo ME, Rubio E, Pirela D, Soto A, Nava CM. Pediatric multiple sclerosis in Venezuela. *Arq Neuropsiquiatr.* 2012; 70(4): 267-70.
11. Spiro DB. Early Onset Multiple Sclerosis: A Review for Nurse Practitioners. *JPEDHC.* 2011; 2(4): 1-10.
12. Milo R, Kahana E. Multiple sclerosis: geoepidemiology, genetics and the environment. *Autoimmun Rev.* 2010; 9(5): A387-94. doi: 10.1016/j.autrev. 2009.
13. Marvin, DW. (2000). Multiple sclerosis: continuing mysteries and current management. *Journal of drug top* 2000; 144(12): 93-102.
14. Ebrahimi Atri M, Saeedi F, Sarvari M, Khorshid Sokhangooy M. Effect of Aquatic Exercise Program on Fatigue in Women with Multiple Sclerosis. *J Mazand Univ Med Sci.* 2012; 22(94): 54-61. [Persian].
15. McIlveen B, Robertson JV. A randomized controlled study of the outcome of hydrotherapy for subjects with low back or back and leg pain. *Physiotherapy.* 1998; 84(1): 17-26.
16. Wilken JA, Turner AP, Williams RM, Kane R. Depression and multiple sclerosis: Review of a lethal combination. *J Rehabil Res Dev.* 2006; 43(1): 45-62.
17. Heesen C, Mohr DC, Huitinga I, Bergh FT, Gaab J, Otte C, Gold SM. Stress regulation in multiple sclerosis: current issues and concepts. *Mult. Scler.* 2007; 13(2): 143-8.
18. Siergert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosur Ps.* 2005; (76): 469-75.
19. Janssens ACJW, Van Dorn PA, De Boer JB, Van der Meche FGA, Passchier J, Hitzzen RQ. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. *Acta Neurol Scand.* 2003; 108: 389-95.
20. Sexton MB, Byrd MR, Kluges V. Measuring resilience in Women experiencing infertility using the CD-Risc: Examining infertility related Stress, general distress, and coping Styles. *J Psychiatr Res.* 2010; (44): 236-241.
21. Izadian N, Amiri M, Jahromi R, Hamidi SH. A study of relationship between suicidal ideas, depression, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Proscenia Soc Behav Sci.* 2010; (5): 1515-9. [Persian].
22. White B, Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. Department of kinesiology health promotion and recreation. University of north Texas. *Rehabil Psychol.* 2010; (55): 23-32.
23. Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cosper CJ and Paul G. Mullins. The Role of Resilience and Purpose in Life in Habituation to Heat and Pain. *The Journal or Pain.* 2009; 10(5): 493-500.
24. Hagh Ranjbar F, Kakavand AR, Borjali A, Barmas H. Resilience and quality of life of mothers of children with mental retardation. *J Health Psychol.* 2011; 1(1): 177-187.
25. Samani S, Joka B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2007; 13(3): 290-293. [Persian].
26. Carver CS. Enhancing adaption during treatment and the role of individual differences. *Cancer.* 2005; 104 (suppl): 2602-7.
27. Farber EW, Schwartz JA, Schape PE, Moonen DJ, Mcdaniel JS. Resilience factors associated the adaption to HIV disease. *Psychosomatics.* 2001; (41): 140.

28. Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *Brit J Health Psych*. 2008; (13): 311-25.
29. Davydov DM, Stewart R, Ritchie k, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev*. 2010; (30): 481.
30. Bonanno GA. Loss, Trauma, and Human Resilience. *Am Psychol*. 2004; (59): 20-28.
31. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect- regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Pers Indiv Differ*. 2006; (41): 341-352.
32. Annalakshmi N. The resilience individual- A Personality Analysis. *JIAAP*. 2008; (34): 110-118.
33. Isen AM. Positive affect, systematic cognitive processing, and behavior: Toward integration of affect, cognition, and motivation. In F. Dansereau & F.J. Yammarino (Eds.), *Multi-level issues in organizational behavior and strategy*. Oxford. 2003; 55-62. UK: JAI/Elsevier Science.
34. Bernard B. Drawing forth resilience in all our youth. *Reclaiming children and youth*. 1997; (6): 29-32.
35. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Pers Indiv Diff*. 2008; 44(5): 1172-81.
36. Zuscovitz J. *A cognitive path through resiliency*. New York: Hyperion; 2010.
37. Wells A. *Meta cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press; 2009.
38. Cefai C. *Promoting Resilience in the Classroom: A Guide to Developing Pupils' Emotional and Cognitive Skills*. Jessica Kingsley Publishers. London, UK; (2008).
39. Kabat-Zinn J. Coming to our senses: Healing ourselves and world through mindfulness of fatigue and depression. *JNS*. 2005; 8-51.
40. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much Thinking About thinking: Meta-cognitive differences in obsessive disorder. *J Anxiety Disord*. 2003; (17): 181-195.
41. Flavell JH. Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol*. 1979; 34(10): 906- 911.
42. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In RA. Wilson, FC. Keil. (Eds). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press. 1999; 533-535.
43. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley; 2000.
44. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression practical guide*. Translator: Mohamadkhani Sh. Tehran: vara danesh. 2010.
45. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord*. 1997; (11): 279-296.
46. Wells A, Welford M, et al (2008). *Treating chronic PTSD with metacognitive therapy: An open trial*. *Cognitive and Behavioral Practice* (in press).
47. Wells A, Sembi S. Meta cognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psy*. 2004; (35): 307-318.
48. Fisher PL, Wells A. Meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psy*. 2008; (43): 117-132.
49. Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid MK, Eftekhari M. Meta-cognitive therapy (MCT), Fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *IJPBS*. 2010; 4(2): 17-25. [Persian]
50. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms, and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*. 1998; (3): 899-913.
51. Wells A, Fisher P, Samuel M, Trishnapatel Chris & Brewin C (2008). *Meta- cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression*. 2008.
52. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *J Behav Res Therapy*. 2004; (42): 385-396.
53. Shirinzade dastgiri M, Goudarzi MA, Ghanizade A, Taghavi, MR Factor structure, validity and reliability of meta-cognition 30. *The J Psychol*. 2008; (48): 461-445. [Persian].

54. Shareh H. Metacognitive therapy, fluvoxamine and combined treatment in treating Iranian patients with obsessive-compulsive disorder. PHD Thesis. IUMS. Tehran. 2010. [Persian]
55. Connor L, Davidson, M. An inventory for resilience construct. *Personality and Individual Differences*. 2003; (35): 41-53.
56. Campbell-sills L, Cohen ShL, Stein MB. Relationship or resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults.. *J Behav Res Therapy*. 2006; (44): 585-599.
57. Mohammadi, M. Investigating of impressive factors in resilience of individuals at risk of substance abuse. Ph.D. Dissertation. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. College of psychology and education sciences. 2005; 79-83. [Persian].
58. Barlow DH, Hersen M. Single case experimental designs strategies for studying behavior change. Second Edition. New York: Pergamon Press, 1984.
59. Firouzabadi A, Shareh H. Effectiveness of Detached Mindfulness Techniques in Treating a Case of Obsessive Compulsive Disorder. *Advances in Cognitive Science*. 2009; 11(2): 1-7. [Persian].
60. Shareh H, Gharries B, Aatef Vahid MK. Comparison of Metacognitive Therapy, Fluvoxamine and Combined treatment in Improving Metacognitive Beliefs and Subjective Distress of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Advances in Cognitive Science*. 2010; 12:1
61. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psy*. 2008; 39(4): 451-458.
62. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp Psy*. 2006; (37): 206-212.
63. Yoosefi N, Sohrabi A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Family Therapy and Meta-Cognitive Family Therapy for the Enhancement of Marital Quality among Divorce Seeking Clients. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*. 2011; 1(2):192-211.
64. Shareh H, Dolatshahi M, Kahani M. The effectiveness of group metacognitive therapy in improving metacognitive beliefs and ruminative responses of patients with major depressive disorder. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2014; 21 (1): 216-227.
65. Yaghobi AsgharAbad E, Bassaknejad S, Mehrabizade honarmand M, Zamirinejad S. Effectiveness of metacognitive therapy (MCT) on depressed addicts under methadone maintenance treatment (MMT) in city Mashhad of Iran. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2013; 5(1):167-174.
66. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992; 112(1): 155- 159.
67. Salmani B, Hasani J, Mohammad-Khani Sh, Karami GhR. The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *Feyz*. 2014; 18(5): 428-39.
68. Besharat MA, Abbaspour Doplani, T. Relation of Strategies and Metacognitive and Creativity with resiliency in University Students. *Journal of New Findings in Psychology*. 2009; 122-109.
69. Hosseini A. The effect of creative education on knowledge, attitude and skills of teachers. *Journal of Educational Innovations*. 2003; 2:5.
70. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *J Am Psychol*. 2001; 56(3): 227-238.
71. Basu SR. Economic Growth, Well-Being and Governance under Economic Reforms: Evidence from Indian States. HEI Working Papers 05-2004, Economics Section, The Graduate Institute of International Studies. Available at: <http://ideas.repec.org/p/gii/giihei/heiwp.05-2004.html>

Original Article

The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy on Metacognitive Components and Resiliency of Women with Multiple Sclerosis

Abstract

Objectives: This study aimed to investigate the effectiveness of group metacognitive therapy on metacognitive components and resiliency of women with multiple sclerosis. **Method:** This semi-experimental study was carried out using pretest- posttest design with a control group and a two-step follow-up. From among all the patients with multiple sclerosis referred to the MS Society in Khorasan-e-Razavi in 2015, 30 individuals were selected via convenience sampling method and were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received group metacognitive therapy for eight weeks while the control group attended the usual sessions of the MS Society. Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) and Connor and Davidson Resiliency Scale (CD-RISC) were used at pretest, posttest and follow-ups. The data were analyzed using analysis of variance with repeated measures. **Results:** The results indicated that group metacognitive therapy leads to a significant improvement in all metacognitive components ($p < 0.001$) and a significant increase in resiliency ($p < 0.001$). This result was maintained after one- and three-month follow-ups. **Conclusion:** Group metacognitive therapy can improve metacognitions and resilience of women with multiple sclerosis.

Key words: group therapy; metacognition; resiliency; multiple sclerosis; women

[Received: 4 September 2015; Accepted: 26 December 2015]

Hossein Shareh*, Elaheh Asgharkhah^a

* Corresponding author: Hakim Sabzevari

University, Sabzevar, Iran, IR.

Fax: +9851-44410460

E-mail: hsharreh@yahoo.com.au

^a Islamic Azad University-Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran.

16
16