



اثربخشی درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران زن مبتلا به پسوریازیس

شاهین شهیدی ^{id}

رمضان حسن زاده* ^{id}

بهرام میرزاییان ^{id}

گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

ایمیل نویسنده مسئول: j.hasanzadeh@iausari.ac.ir

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۳۷۴-۳۸۸
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه است. جامعه آماری متشکل از کلیه بیماران زن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست و موی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ که تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس دریافت کرده‌اند. از این بین تعداد ۳۰ نفر بیمار مبتلا به پسوریازیس که میزان افسردگی آنها بالاتر از نقطه برش بود به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی (درمان فراشناختی) و گروه گواه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). سپس درمان فراشناختی براساس پروتکل ولز (۱۹۶۲) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی لانگ و گولت (۲۰۰۳)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و افسردگی بک (۱۹۹۶) جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی پسوریازیس اثربخش است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی، تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس موثر بود و می‌توان از این درمان در جهت کاهش اثرات سوء بیماری بر زندگی بیماران و انجام اقدامات حمایتی بهره برد.

کلیدواژه‌ها: فراشناختی، سرسختی روان‌شناختی، تحمل پریشانی، پسوریازیس.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(شهیدی، حسن زاده و میرزاییان، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

شهیدی، شاهین، حسن زاده، رمضان، و میرزاییان، بهرام. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در بیماران زن مبتلا به پسوریازیس. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵) پیاپی ۱۴: ۳۷۴-۳۸۸.

مقدمه

پسوریازیس^۱ که از آن به‌عنوان نوعی اختلال روان‌تنی یاد می‌شود، یک بیماری التهابی پوستی با علائمی به‌صورت پلاک‌های قرمز رنگ پوسته‌دار در نواحی مختلف بدن است که در بین زنان و مردان شیوع مساوی دارد. بیماران مبتلا به پسوریازیس کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به جمعیت عادی دارند (لانگلی، پالر، هربرت، کریمر، ونگ و همکاران، ۲۰۱۱). پسوریازیس یک بیماری با توزیع دوجبه‌ای است که دارای یک سن اساسی ظهور در ۲۰ تا ۳۰ سالگی و همچنین یک اوج کوچک‌تر برای ظهور در سنین ۵۰ تا ۶۰ سالگی است. شیوع بیماری در زنان و مردان یکسان است. اگرچه سبب‌شناسی پسوریازیس ناشناخته مانده است، اما اعتقاد بر این است که این بیماری دارای علل چندعاملی بوده و دارای چندین مؤلف کلیدی از جمله: استعداد ژنتیکی، محرک‌های محیطی در ترکیب با اختلال مانع پوست و بدعملکردی سیستم ایمنی می‌باشد (برزمینی و حسینی، ۲۰۱۹). درد ذهنی شکلی از رنج روانی است که به‌صورت احساس شکسته شدن، زخمی شدن، از دست دادن کنترل و آگاهی منفی درباره خود توصیف می‌شود (کلیر، گانلی و اکانر، ۲۰۱۹). سرسختی به‌طور کلی، یک ساختار متشکل از سه جزء است: تعهد شخصی، مهار احساس شخصی به هنگام وقوع رویدادها و پیامدها و یک اعتقاد درونی که تغییر، چالش و فرصتی برای تحول است و نه یک تهدید. افراد سرسخت نسبت به آنچه انجام می‌دهند متعهدترند، خود را وقف هدف می‌کنند، احساس می‌کنند بر اوضاع مسلط هستند و خودشان تعیین‌کننده‌اند و تغییرات زندگی را چالش‌ها و فرصت‌هایی برای تحول و پیشرفت می‌دانند نه محدودیت و تهدید (سوزانی، ۲۰۱۳).

تحمل پریشانی به‌عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود (ویلیامز، تامپسو و اندروز، ۲۰۱۳). دو شکل متمایز تحمل پریشانی مفهوم‌سازی شده است. تحمل پریشانی به ظرفیت ادراک شده برای تحمل وضعیت‌های هیجانی منفی یا حالت‌های آزارنده دیگر (مثل ناراحتی جسمانی) و به تظاهر رفتاری تحمل حالت‌های درونی پریشانی‌آور که به‌وسیله انواع مختلف عوامل استرس‌زا فراخوانده شده، اشاره می‌کند. افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی هیجانی ممکن است در معرض پاسخ‌های ناسازگارانه به پریشانی و وضعیت‌های برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه افراد با تحمل پریشانی کمتر ممکن است، برای اجتناب از هیجان‌های منفی و یا وضعیت‌های آزارنده بکوشند. در مقابل افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند به پریشانی یا وضعیت‌های برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی بدهند (زولنسکی، وجانوویچ، برنستاین و لیرو، ۲۰۱۰).

پژوهش‌های متعددی نیز در خصوص درمان فراشناختی^۲ در بیماران مختلف انجام شده است. مثلاً لنزو، ساردلا، مارتینو و کواتروپانی (۲۰۲۰) نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی ناکارآمد احتمالاً به انطباق با بیماری مرتبط است. درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب، بر نظریه بنیادین - مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی - متمرکز است. در درمان فراشناختی به نشخوار فکری به‌صورت پاسخ مقابله‌ای نگریسته می‌شود که در ابتدا با انگیزه‌های مثبت (فعال شدن باورهای فراشناختی مثبت) برانگیخته می‌گردد، اما هرچه مدت‌زمان استفاده از این شیوه توجه متمرکز بر خود (نشخوار فکری) افزایش یابد، زمینه شکل‌گیری نگاه منفی نسبت به اثرات نشخوار فکری در فرد عارض می‌گردد که این پیام را برای او دارند که این فرایندها

¹ Psoriasis

² Meta cognitive therapy

غیرقابل کنترل و مضر هستند (فعال شدن باورهای فراشناختی منفی). آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی و اضطراب در مدل فراشناختی به طور خلاصه با فعال شدن سندروم شناختی توجهی در پاسخ به اختلال خلقی یا اضطرابی و استرس قابل ردیابی است و این عامل نیز به نوبه خود با تفاوت‌های فردی در باورهای فراشناختی و میزان پیاده‌سازی کنترل اجرایی انعطاف پذیرانه بر روی پردازش مرتبط است (تنگ، ۲۰۲۱). بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی، تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱- آیا درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی، تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲- آیا درمان فراشناختی بر سرسختی روان‌شناختی، تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری متشکل از کلیه بیماران زن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست و موی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ که تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس دریافت کرده‌اند. از این بین تعداد ۳۰ نفر بیمار مبتلا به پسوریازیس که میزان افسردگی آنها بالاتر از نقطه برش بود به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و در گروه آزمایش (درمان فراشناختی) و گروه گواه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). سپس ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی در گروه‌های آزمایش انجام شد. ملاک‌های ورود: ابتلا قطعی به بیماری پسوریازیس، تشخیص افسردگی بر اساس نمره آن‌ها در پرسش‌نامه افسردگی بک و همچنین بر اساس مصاحبه بالینی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی در ۶ ماه گذشته، عدم مراجعه جهت روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته، تمایل آگاهانه و امضای رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل عدم حضور در جلسات روان‌درمانی بیش از یک جلسه، عدم تمایل به ادامه فرایند روان‌درمانی، مشخص شدن ابتلا قبلی شرکت‌کنندگان به اختلالات روانی بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی لانگ و گولت^۱ (۲۰۰۳): این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که دربرگیرنده ۴۵ سؤال است و بر پایه تعریف مفهومی از سازه سرسختی روان‌شناختی و به‌منظور ارزیابی این متغیر در موقعیت‌ها و شرایط خاص و تنیدگی‌ها توسط لانگ و گولت (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه به‌تبع تعریف مفهوم سرسختی شامل سه خرده مقیاس کنترل (۱۶ سؤال)، تعهد (۱۶ سؤال) و چالش جویی (۱۳ سؤال) می‌گردد که عبارات مقیاس به‌منظور سنجش این خرده مقیاس‌ها طراحی شده‌اند. به‌منظور تعدیل در نحوه بیان عبارات پرسشنامه ۱۵ عبارت آن به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند که به صورت تصادفی در کل مقیاس توزیع شده‌اند. کل عبارات پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از نمره ۱ به منزله کاملاً مخالف تا نمره ۵ به منزله کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شوند. همبستگی بین نمرات کلی در پرسشنامه و همچنین نمره آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های پرسشنامه در حد متوسط

¹ Lang and Goulet hardiness scale

تا بالایی بوده و همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، همسانی درونی خوبی را برای آن گزارش کرد. در مورد پایایی مربوط به بازآزمایی نیز ضریب همبستگی بین اجرای اول و دوم پرسشنامه $r=0/73$ بود که از این نتیجه می‌توان ثبات نسبی مقیاس و حساسیت آن به تغییرات در طول زمان را استنباط کرد. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ $0/90$ به‌دست‌آمده است که مثبت و معنی‌دار است.

۲. پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر^۱ (DTS): این مقیاس را سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته‌اند و یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) هستند. عبارات این ابزار بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. ضریب آلفای این مقیاس $0/82$ به‌دست‌آمده است. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی $0/61$ برای آن گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). همچنین پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($0/71$) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد ($0/54$) برای خرده مقیاس تحمل، $0/42$ برای خرده مقیاس جذب، $0/56$ برای خرده مقیاس ارزیابی و $0/58$ برای خرده مقیاس تنظیم. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس $0/77$ به دست آمد. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ $0/89$ به‌دست‌آمده است.

۳. آزمون افسردگی بک^۲ (II- BDI): این مقیاس نشانگان افسردگی را طبق ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی که انجمن روانپزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی چاپ چهارم ارائه داده ارزیابی می‌کند (بک و همکاران، ۱۹۹۶). این پرسشنامه دارای ۲۱ آیتم چهارگزینه‌ای از ۰-۳ است و نمره کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. همبستگی درونی این مقیاس آلفای کرونباخ ($0/93$) و پایایی بازآزمایی ($r=0/93$) می‌باشد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ $0/88$ به‌دست‌آمده است.

۴. درمان فراشناختی: محتوای درمان فراشناختی مبتنی اختلال افسردگی اساسی ولز بر اساس پروتکل ۸ جلسه‌ای که به‌صورت هر هفته ۱ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه که توسط نگارنده به‌عنوان دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی با سابقه ۸ سال کار بالینی و پروانه تخصصی نظام روان‌شناسی در محل کلینیک خصوصی می‌باشد. این پروتکل درمانی با نظر متخصصین بالینی به تفکیک جلسات و به‌صورت جدول شماره ۱ تدوین و اجرا گردید.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان فراشناختی به تفکیک جلسه (ولز، ۱۹۶۲)

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول	فرمول‌بندی مورد، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری (افزایش فرا آگاهی)، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، شروع چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری، تکمیل برگه خلاصه تکنیک آموزش توجه (ATT)، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (دو بار در روز)، ثبت روزانه، تمرین تکنیک آموزش توجه.

¹ The Distress Tolerance Scale

² Beck depression Inventory

جلسه دوم	بررسی تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری (ارائه شواهد مخالف) و مقیاس MDD-S، به‌ویژه زمان نشخوار فکری و باور کنترل‌ناپذیری، معرفی و تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده (DM)، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری به‌عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل‌ناپذیری، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده (DM) و به تعویق انداختن نشخوار فکری.
جلسه سوم	بررسی تکلیف خانگی و مقیاس MDD-S، به‌ویژه زمان نشخوار فکری و باور کنترل‌ناپذیری، شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده (DM)، مقابله با نشخوار فکری فعال (با اجرای به تعویق انداختن نشخوار فکری در جلسه درمان). چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری (برای مثال آزمایش تعدیل)، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، بررسی سطح فعالیت و مقابله اجتنابی، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده (DM) و به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد همه برانگیزاننده‌ها (افزایش سطح فعالیت).
جلسه چهارم	بررسی تکلیف خانگی و مقیاس MDD-S، به‌ویژه زمان نشخوار فکری و باور کنترل‌ناپذیری، سطح فعالیت و مقابله ناسازگارانه، واری به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد حداقل ۷۵ درصد برانگیزاننده‌ها و بیش از ۲ دقیقه طول نکشیدن دوره‌های نشخوار فکری (تقویت کاربرد بیشتر)، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده (DM) و به تعویق انداختن نشخوار فکری و برنامه‌ریزی فعالیت.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف خانگی و مقیاس MDD-S، به‌ویژه زمان نشخوار فکری، باورهای مثبت، سطح فعالیت و مقابله ناسازگارانه، واری کاربرد گسترده و پایدار ذهن‌آگاهی گسلیده (DM)، ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن (بررسی و منع سایر روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه مانند خوابیدن بیش از حد و مصرف الکل)، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به تعویق انداختن نشخوار فکری، افزایش سطح فعالیت
جلسه ششم	بررسی تکلیف خانگی و مقیاس MDD-S، به‌ویژه زمان نشخوار فکری و افزایش سطح فعالیت، بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجان - افسردگی، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) (افزایش سطح دشواری)، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به تعویق انداختن نشخوار فکری، تداوم فعالیت‌ها.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف خانگی و مقیاس MDD-S، به‌ویژه زمان نشخوار فکری، باورها و مقابله ناسازگارانه، کار بر روی تدوین برنامه‌های جدید (تکمیل برگه خلاصه برنامه و ارائه یک نسخه آن به بیمار)، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) (اجرای برنامه جدید، شروع کار بر روی تدوین طرح کلی درمان).
جلسه هشتم	بررسی تکلیف خانگی و مقیاس MDD-S، جلوگیری از عود (تدوین طرح کلی درمان)، کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه جدید، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، شروع کار بر روی برنامه جدید.

روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها

شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که بیشترین افراد پاسخ‌دهنده مجرد بوده که با ۵۴ فراوانی می‌باشند. بیشترین افراد پاسخ‌دهنده دارای سن ۲۸ تا ۳۸ سال با مقدار ۲۴ فراوانی و کمترین افراد دارای ۱۸ تا ۲۸ سال سن بودند که در این پژوهش سقف سنی ۵۰ در نظر گرفته شده است.

جدول ۲. شاخص‌های آماری متغیرها در سه گروه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	تحمل پریشانی	۶۳/۴۴	۱۲/۲۹	۷۸/۱۸	۱۴/۴۹	۷۶/۷۳	۱۳/۹۶
	سرسختی روان‌شناختی	۲۶/۸۱	۸/۲۳	۳۵/۹۸	۱۰/۳۱	۳۶/۱۶	۱۱/۳۳
گواه	تحمل پریشانی	۶۴/۱۴	۱۳/۴۶	۶۴/۲۰	۱۳/۳۹	۶۴/۲۹	۱۳/۴۷
	سرسختی روان‌شناختی	۲۵/۷۱	۷/۵۶	۲۶/۸۲	۷/۷۹	۲۶/۹۱	۷/۴۱

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره معناداری	درجه آزادی	آماره معناداری	آماره موخلی	معناداری
تحمل پریشانی	آزمایش	۱۵	۰/۶۹	۲۸	۰/۳۹	۲/۷۷	۰/۱۹
	گواه	۱۵	۰/۷۵	۲۸	۰/۳۴	۰/۲۳۸	۰/۸۹
سرسختی روان‌شناختی	آزمایش	۱۵	۰/۸۸	۲۸	۰/۲۹	۲/۴۶	۰/۲۴
	گواه	۱۵	۰/۸۱	۲۸	۰/۲۱	۰/۲۰	۰/۸۵

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای تحمل پریشانی و سرسختی روان‌شناختی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل

پریشانی و سرسختی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	معناداری	مجذور
		مجذورات	آزادی	مجذورات		اتا	اتا

تحميل	زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
پريشانی	زمان*گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۳۱/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵
سرسختی	زمان	۲۵/۶۲	۲	۱۲/۸۱	۷۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
روان‌شناختی	زمان*گروه	۱۲/۸۶	۲	۶/۴۳	۳۵/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
	گروه	۱۴۲/۴۰	۱	۱۴۲/۴۰	۵۴/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) معنادار است و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است که. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه آشفتگی زناشویی و کیفیت زندگی

متغیر	گروه	مراحل	پس آزمون	پیگیری
تحميل پريشانی	آزمایش	پیش آزمون	-۲/۲۰*	-۱/۷۷*
		پس آزمون	-	۰/۴۲*
	گواه	پیش آزمون	۰/۰۱	۰/۰۱
		پس آزمون	-	۰/۰۰
سرسختی روان‌شناختی	آزمایش	پیش آزمون	۴/۶۰*	۴/۷۵*
		پس آزمون	-	۰/۱۵*
	گواه	پیش آزمون	-۰/۰۶	-۰/۰۸
		پس آزمون	-	-۰/۱۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که نمره متغیر تحمل پريشانی و سرسختی روان‌شناختی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه آزمایش اثربخشی بالا بر روی افزایش تحمل پريشانی و سرسختی روان‌شناختی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که تحمل پريشانی و سرسختی روان‌شناختی در مرحله پیگیری در گروه آزمایش پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراساختی بر سرسختی روان‌شناختی و تحمل پريشانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان فراساختی بر سرسختی روان‌شناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس اثربخش است که با یافته‌های اسدزاده و محمودعلی‌لو (۲۰۱۸)، هاشمی (۲۰۲۱)، خرمی، آتش‌پور و عارفی (۲۰۲۰) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که اجتناب شناختی نقش مهمی در سرسختی روان‌شناختی دارد. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل، راهبرد کارآمدی نخواهد بود. براین اساس، می‌توان با وارونه نمودن راهبردهای اجتناب از نگرانی تا حد

زیادی از اجتناب شناختی پرهیز نمود (پاپاگورگیو و ولز، ۲۰۱۵). در درمان فراشناختی، به افراد آموزش داده می‌شود که داشتن افکار منفی، مشکل افراد نیست بلکه مسئله اصلی، نحوه پاسخ‌دهی به این افکار منفی است که مسبب تداوم و تشدید این افکار می‌گردد. اثرات متناقضی ایجاد می‌شود زمانی که تلاش زیادی برای سرکوب افکار می‌شود و هرچقدر فرد بیشتر جهت سرکوب افکار تلاش نماید، منجر به شکل‌گیری چرخه معیوبی می‌گردد که باعث افزایش وقوع افکار نگران‌کننده می‌شود. نتیجه چنین شرایطی، کاهش سرسختی روان‌شناختی و متعاقب آن کاهش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت (لشکری و علی‌لو، ۲۰۲۰). همچنین باور به سودمندی این افکار نگران‌کننده مانعی جدی برای حذف و تعدیل آنها خواهد بود. براین اساس، به چالش کشیدن باورهای مثبت نظیر سودمندی نگرانی، نشخوار فکری، پایش و تهدید و نیز باورهای منفی مانند کنترل‌ناپذیری افکار و باورهای مربوط به خطر، نگرش و توانایی فرد برای مقابله مؤثر در رویدادهای استرس‌زا را افزایش می‌دهد و به افزایش سرسختی روان‌شناختی آنان منجر می‌شود (هاشمی، محمودعلی‌لو و هاشمی، ۲۰۲۰).

یک مسئله دیگر که در افزایش سرسختی روان‌شناختی مؤثر است، آموزش ذهن‌آگاهی انفصالی است که طی آن، به افکار به‌عنوان زنجیره‌ای از کلمات نگریسته می‌شود. در واقع ذهن‌آگاهی انفصالی نوعی آگاهی از افکار است که در آن افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا، مجزا از واقعیت و خویشتن نگریسته می‌شوند؛ در نتیجه، از اهمیت آنها کاسته می‌شود و فرد به این نتیجه می‌رسد که نشخوارهای فکری و نگرانی‌ها به معنی واقعیت بیرونی نیستند (جمیلا، ۲۰۲۱). بهره‌گیری از مفهوم ذهن‌آگاهی انفصالی به افراد نحوه مقابله مؤثر افکار را می‌آموزد تا به‌جای اجتناب، بتوانند آنها را به‌خوبی مدیریت کنند. تسلط بر افکار و آگاهی از نحوه برخورد درست با این افکار سبب افزایش توانمندی فرد در مواقع چالش‌برانگیز می‌شود و سبب می‌گردد در چنین شرایطی انرژی روانی فرد صرف مقابله با نشخوارها و افکار منفی نشود؛ بلکه با پذیرش این افکار، راهبرد مدیریت هیجان‌ها و غلبه بر چالش را در پیش بگیرند و باعث افزایش سرسختی روان‌شناختی می‌گردد (فوجی، کوبایاشی، فوناساکا، کوروکاو و هامامای، ۲۰۲۱). همچنین فرد در فرایند ذهن‌آگاهی به این نتیجه می‌رسد که خود چیزی مجزا از احساسات و باورهای او است. این حس زمانی مفید است که یک فکر یا احساس سرزده وارد هشیاری و با خودپنداره فرد درآمیخته می‌شود و اثرات مثبتی بر سرسختی روان‌شناختی دارد (برجلی، رحمانی، کریمی و زینلی، ۲۰۲۱). هدف دیگر در درمان فراشناختی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد. با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، ویژگی‌هایی در فرد تقویت می‌شود که به او در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا کمک خواهد نمود. به بیان دیگر، افراد منعطف از وجود استرس در زندگی خود اجتناب نمی‌کنند و آن را فرصتی برای رشد و بالندگی خویش در نظر می‌گیرند. این افراد چارچوب فکری خود را به‌صورت مثبت بازسازی می‌کنند، موقعیت‌های پراسترس را می‌پذیرند و آنها را امری گذرا و موقتی و محدود در نظر می‌گیرند که سبب افزایش روان‌شناختی در آنها می‌شود (ون، اکانر، کین، ریس و بین، ۲۰۱۹).

یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به پسروریازیس اثربخش است که با یافته‌های هاشمی (۲۰۲۱)، خرمی، آتش‌پور و عاطفی (۲۰۲۰)، برجلی و همکاران (۲۰۲۱)، ون و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به پسروریازیس، می‌توان چنین گفت که تحمل پریشانی را توانایی فرد برای مقابله با هیجانات منفی تعریف

می‌کنند (ره-نجات و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارت دیگر، تحمل پریشانی، یک سازه فراهیجانی است که انتظارات یک فرد را در مورد توانایی تحمل هیجان منفی، ارزیابی موقعیت هیجانی از لحاظ قابل پذیرش بودن، تنظیم شخصی هیجان و مقدار توجه جذب شده به وسیله هیجان منفی را می‌سنجد. افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و وجود آن را نمی‌پذیرند، زیرا توانایی خود را دست‌کم می‌گیرند و تمام تلاش خود را برای جلوگیری از هیجان منفی و تسکین فوری به کار می‌بندند (زهر، هرنلبرن-کرز و والاش، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند میزان تحمل پریشانی بیماران مبتلا به پسرپزایی پایین‌تر از هنجار قرار دارند و دیدگاهی منفی نسبت به هیجان‌ات دارند و وجود آن را نمی‌پذیرند. از مهارت‌های درمان فراشناختی و ذهن‌آگاهی، توانایی آگاه شدن از هیجان‌ات و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آنهاست. مواجهه با هیجان منفی به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی از اهداف مهم گروه‌درمانی فراشناختی و ذهن‌آگاهی است (اسماعیلی-راد، ضرغام-حاجبی و منیرپور، ۲۰۲۱). در تبیین تأثیر این روش مداخله‌ای، می‌توان گفت درمان فراشناختی توانایی بیماران مبتلا به پسرپزایی را در کنترل افکار و تنظیم شناختی بهبود می‌بخشد که این باعث ایجاد تسلط بر محیط و تحمل پریشانی می‌شود؛ بنابراین بین احساس کنترل که یکی از پیامدهای درمان فراشناختی است و تحمل پریشانی رابطه معناداری وجود دارد (معینی، ملیحی-الذاکرینی، اسدی و خواجوند خوشلی، ۲۰۲۱).

محدودیت‌های باتوجه‌به اینکه این پژوهش تنها در بین بیماران مبتلا به پسرپزایی و افراد مجرد صورت گرفته است؛ لذا در تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود. زیرا ممکن است در جامعه‌ای دیگر نتایج متفاوتی ارائه گردد. شرکت‌کنندگان در انتخاب اولیه به صورت داوطلبانه در آزمایش شرکت کردند؛ لذا ممکن است نتایج تحت تأثیر اثر مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد. عدم توجه به عامل تحصیلات افراد نیز می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد. زیرا درک افراد با مدرک لیسانس در پاسخ‌دهی به سؤالات متفاوت خواهد بود. در این پژوهش برخی از عوامل محیطی و خانوادگی مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان بررسی و کنترل نشد. باتوجه‌به اینکه پژوهش بر روی بیماران مبتلا به پسرپزایی انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود و نتایج حاصله با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. توجه به عامل جنسیت و تفکیک گروه‌های درمان در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد. زیرا این دو عواملی هستند که ممکن است نتایج تحقیق را تغییر دهند. به درمانگران پیشنهاد می‌گردد، زمانی که با افراد دارای اختلالات اضطرابی و اجتناب شناختی مواجه می‌شوند، به منظور درمان اضطراب و افزایش تعاملات اجتماعی، ابتدا تنظیم هیجانی و معناداری زندگی آنها بررسی شود که می‌توانند در این زمینه از روش درمان فراشناختی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، به عنوان روش درمانی مؤثر و کارآمد در کنار سایر روش‌های روان‌شناختی استفاده کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسدزاده، اینچه‌ناز، محمودعلیلو، مجید. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم افسردگی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات روانشناسی بالینی، ۸(۲۹)، ۶۹-۹۵.
- برجلی، محمود، رحمانی، سهیلا، کریمی، آرزو، و زینالی، مریم. (۱۳۹۰). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر شفقت به خود و درمان فراشناختی بر علائم افسردگی و مشکلات در تنظیم هیجان در کارکنان افسرده نیروهای مسلح. مجله روانشناسی نظامی، ۱۱(۴۴)، ۵-۱۶.
- برزمینی، موسی‌الرضا، حسینی‌علی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی شفقت محور (CFT) بر شرم درونی شده در بیماران مبتلا به پسوریازیس. ارمغان دانش، ۲۴(۵): ۹۹۸-۱۰۱۲.
- خرمی، محمد، آتش پور، سید حمید، عارفی، مژگان. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناخت بر نشاط ذهنی، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران کودکان فلج مغزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۲(۱): ۷۲-۶۳.
- راه‌نجات، امیرمحسن، سلیمی، سیدحسین، فتحی‌آشتیانی، علی، صبیان، بهنوش، دباغی، پرویز، ربیعی مهدی، و همکاران. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و مواجهه طولانی مدت بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس مزمن پس از سانحه (PTSD). جی میل مد ۲۲(۱۲): ۱۱۸۶-۱۱۹۸.
- سوزانی س (۱۳۹۲). سرسختی روانشناختی، مقاله ارائه شده در کنگره روانشناسی و بهزیستی، تهران.
- لشکری، آرزو، محمود علیلو، مجید. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) بر کاهش نگرانی و فرانگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD). فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۵(۵۹)، ۱۹۷-۱۸۷.
- معینی، پوپک، ملیحی‌الذاکرینی، سعید، اسدی، جوانشیر، و خواجه‌وند خوشلی، افسانه. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس شناختی-رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد. فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد، ۱۵(۵۹)، ۱۷۳-۲۰۴.
- نادری محمد، چرامی، مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فراشناختی بر کیفیت زندگی و سرسختی روان‌شناختی امدادگران هلال احمر. پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت. ۶(۴): ۹۳-۱۰۴.

هاشمی، زهره (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله و فراشناخت درمانی بر عود افکار منفی دانش‌آموزان با استعداد درخشان مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی. راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۱۳(۶)، ۶۳۸-۶۲۸.

هاشمی، زهره، محمود علیلو، مجید، هاشمی نصرت آبادی، تورج. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۹(۲)، ۳۰-۲۳.

ولز، آدریان. (۱۹۶۲). فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی. اکبری، مهدی؛ محمدی، ابوالفضل؛ اندوز، زهرا (۱۳۹۱). تهران: کتاب ارجمند.

References

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory (BDI-II) (Vol. 10, p. s15327752jpa6703_13). London, UK: Pearson.
- Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self compassion, self forgiveness, suicidal ideation, and self harm: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(5), 511-530.
- Esmaili Rad, N., Zargham Hajebi, M., & Monirpour, N. (2021). The effectiveness of metacognitive skills on goal orientation and academic procrastination of 9-12 years old students with specific learning disabilities. *Journal of Basic Research in Medical Sciences*, 8(3), 8-17.
- Fujii, K., Kobayashi, M., Funasaka, K., Kurokawa, S., & Hamagami, K. (2021). Effectiveness of Metacognitive Training for Long-Term Hospitalized Patients with Schizophrenia: A Pilot Study with a Crossover Design. *Asian Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 45-52.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Jamilah, N. (2021). The effectiveness of using metacognitive strategy to teach online reading comprehension for English Young Learners. *Journal of Research on English and Language Learning (J-REaLL)*, 2(1), 61-67.
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2003). Lang and Goulet hardiness scale: Development and testing on bereaved parents following the death of their fetus/infant. *Death studies*, 27(10), 851-880.
- Langley, R. G., Paller, A. S., Hebert, A. A., Creamer, K., Weng, H. H., Jahreis, A., ... & Orlow, S. J. (2011). Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 64(1), 64-70.
- Lenzo, V., Sardella, A., Martino, G., & Quattropiani, M. C. (2020). A systematic review of metacognitive beliefs in chronic medical conditions. *Frontiers in psychology*, 10, 2875.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2015). Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: a baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 14-22.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Teng, M. F. (2021). The effectiveness of incorporating metacognitive prompts in collaborative writing on academic English writing skills. *Applied Cognitive Psychology*, 35(3), 659-673.

- Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., Rees, C. S., & Breen, L. J. (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ open*, 9(1), e021409.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8), 469-475.
- Zenner, C., Herrleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 5, 603.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science*, 19(6), 406-410.

پرسشنامه تحمل‌پریشانی (DTS)

راهنما: به موافقی فکر کنید که احساس‌پریشانی یا آشفتگی می‌کنید. پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین وجه عقاید شما درباره احساس‌پریشانی یا آشفتگی را توصیف کند.

کاملاً موافق	کاملاً مخالف	به یک اندازه موافق و مخالف	کاملاً موافق	کاملاً مخالف	
۵	۴	۳	۲	۱	۱- داشتن احساس‌پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیرقابل تحمل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲- وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می‌توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳- من نمی‌توانم احساس‌پریشانی یا آشفتگی‌ام را کنترل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴- احساسات‌پریشانی من آنقدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۵- هیچ چیز بدتر از احساس‌پریشانی یا آشفتگی نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۶- من به خوبی سایر مردم می‌توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷- احساسات‌پریشانی یا آشفتگی‌ام قابل قبول نیستند.
۵	۴	۳	۲	۱	۸- من هر کاری را انجام می‌دهم تا از احساس‌پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹- دیگران بهتر از من قادرند احساس‌پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایش سختی است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- وقتی احساس‌پریشانی یا آشفتگی کنم از خودم خجالت می‌کشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- از احساسات‌پریشانی یا آشفتگی‌ام وحشت دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- من هر کاری را برای توقف احساس‌پریشانی یا آشفتگی‌ام انجام می‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- وقتی پریشان یا آشفته می‌شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- وقتی احساس‌پریشانی یا آشفتگی می‌کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی‌توانم بکنم.

پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی لانگ و گولت

کاملاً موافقم	موافقم	خنثی ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	سؤال
					۱ معتقدم که برنامه‌ریزی می‌تواند از بروز بسیاری از مشکلات جلوگیری کند.

- ۲ هنگامی که لحظات سختی را سپری می‌کنم در پی پشتیبانی و حمایت برمی‌آیم.
- ۳ هنگامی که موقعیت دشواری را تجربه می‌کنم؛ به سختی می‌توانم به چیز دیگری فکر کنم.
- ۴ می‌دانم قوی‌تر از آنی هستم که فکر می‌کردم.
- ۵ مطمئنم که می‌توانم به درستی در مورد آن چه که قادر به تغییر آن هستم و آن چه که باید بپذیرم؛ قضاوت نمایم.
- ۶ معتقدم زندگی بسیار کوتاه‌تر از آن است که به کارهایی بپردازم که برایم معنایی ندارد.
- ۷ اغلب با اشتیاق تمام بیدار می‌شوم تا زندگی‌ام را از آن جایی که روز قبل متوقف شده بود، ادامه دهم.
- ۸ معتقدم می‌توانم بار دیگر به احساس آرامش درونی دست پیدا کنم.
- ۹ معتقدم زمانی که برنامه‌ریزی می‌کنم؛ می‌توانم آن را اجرا کنم.
- ۱۰ معتقدم که اکثر لحظات زندگی‌ام به واسطه انجام کارهایی که اهمیتی برای من ندارد؛ به هدر رفته است.
- ۱۱ معتقدم می‌توانم از آنچه را که قادر به تغییر آن نیستم، بپذیرم.
- ۱۲ واقعاً قدر آن چه را که دارم، می‌دانم.
- ۱۳ معتقدم بیشتر رویدادهای زندگی از قبل مقدور شده است.
- ۱۴ می‌خواهم برای کمک به انطباق خودم با شرایط دشوار راه‌های متفاوتی را در نظر بگیرم.
- ۱۵ ترجیح می‌دهم بیشتر با افرادی باشم که اعمال و رفتارشان قابل‌پیش‌بینی است.
- ۱۶ من مشتاقانه در انتظار فعالیت‌های روزمره‌ام هستم.
- ۱۷ معتقدم آن چه که انجام می‌دهم اهمیتی ندارد و بر این باور هستم که هر کاری بکنم هرگز به اهدافم در زندگی دست نخواهم یافت.
- ۱۸ هنگامی که لحظه‌های سختی را سپری می‌کنم، می‌خواهم از حمایت‌های موجود بهره ببرم.
- ۱۹ می‌دانم که زندگی چقدر ارزشمند است.
- ۲۰ معتقدم که تجربه موقعیت‌های دشوار و سخت، موجب تقویت جنبه‌های مذهبی من می‌شود.
- ۲۱ معتقدم که اگر فردی درصدد آسیب رساندن به من باشد؛ فکر می‌کنم کار زیادی نمی‌توانم انجام دهم تا جلوی او را بگیرم.
- ۲۲ تجربه موقعیت‌های دشوار اهمیت صرف وقت برای انجام کارهای لذت‌بخش را به من می‌فهماند.
- ۲۳ می‌خواهم با چالش‌هایی روبرو شوم که موقعیت‌های دشوار آن‌ها را برای من رقم می‌زند.
- ۲۴ می‌دانم، هرگز نخواهید دانست که فردا چه خواهد شد.
- ۲۵ معتقدم، سپری کردن اوقات زندگی با افرادی که برای من اهمیت زیادی دارند، مهم است.
- ۲۶ تصور اینکه درباره موضوعات زندگی هیچ‌ان‌زده شوم، برایم دشوار است.
- ۲۷ اغلب زمانی که کارها طبق برنامه پیش نمی‌رود، ناراحت و آشفته می‌شوم.
- ۲۸ معتقدم یکی از بهترین راه‌های مواجهه با بیشتر مشکلات زندگی این است که درباره آن‌ها فکر نکنیم.
- ۲۹ معتقدم تجربه موقعیت‌های دشوار باورهای مذهبی مرا تقویت می‌کند.
- ۳۰ معتقدم بیشتر اوقات تلاش و کوشش زیاد چندان ارزشی ندارد، چرا که اوضاع به‌رحال درست نمی‌شود.

- ۳۱ اکثر اوقات واقعاً از افکار خود سر در نمی‌آورم.
- ۳۲ احساس می‌کنم تجربه شرایط دشوار مرا برای مقابله با چالش‌های آینده آماده‌تر می‌کند.
- ۳۳ اکثر روزها، زندگی ارزش زیستن ندارد.
- ۳۴ معتقدم یکی از بهترین روش‌های مواجهه با موقعیت‌های دشوار زندگی این است که از دیدگاه‌های مختلفی به آن نگاه کنیم.
- ۳۵ دوست دارم برای دست‌وپنجه نرم کردن با اتفاقاتی که زندگی پیش رویم قرار می‌دهد؛ به راهبردهای مختلفی فکر کنم.
- ۳۶ معتقدم زندگی کوتاه‌تر از آن است که عمر خود را با افرادی سپری کنم که برای من اهمیتی ندارد.
- ۳۷ معتقدم می‌توانم در زندگی دیگران تفاوتی ایجاد کنم.
- ۳۸ معتقدم می‌توانم از پس شرایط سخت، برآیم.
- ۳۹ معمولاً اتفاقات خاص، تمام ابعاد زندگی مرا تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.
- ۴۰ معتقدم اگر به اندازه کافی تلاش کنید، می‌توانید از پس هر کاری بر آید.
- ۴۱ برخی اوقات فکر می‌کنم که خدا هم مرا به حال خود رها کرده است.
- ۴۲ وقتی اتفاقات غیرمترقبه‌ای، نظم کارهای روزمره‌ام را به هم می‌ریزد، به دردسر می‌افتم.



The effectiveness of metacognitive therapy on psychological toughness and distress tolerance in female patients with psoriasis

Shahin. Shahidi¹, Ramezan. Hasanzadeh^{1*} & Bahram. Mirzaian²

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of metacognitive therapy on psychological hardiness and distress tolerance in patients with psoriasis. **Methods:** The present research method is quasi-experimental with pre-test-post-test design and one-month follow-up with a control group. The statistical population consists of all female patients who referred to the skin and hair clinics of Boroujerd in 1400 who received a definitive diagnosis of psoriasis. Among them, 30 patients with psoriasis whose depression rate was higher than the cut-off point were selected by non-random sampling method and alternated in two experimental groups (metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy) and a simple random control group. (15 people in each group). Metacognitive therapy was performed according to the Wells Protocol (1962) in 8 sessions of 90 minutes in the experimental group. Data were collected using the Lang and Golett (2003) Psychological Hardiness Questionnaire, Simmons and Gaher (2005) and Beck (1996) Depression Inventory. Data were analyzed using SPSS-22 software and repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that metacognitive therapy is effective on psychological hardiness ($F=38.86$, $p<0.001$) and distress tolerance ($F=38.86$, $p<0.001$) in patients with psoriasis. **Conclusion:** It can be concluded that metacognitive therapy was effective on psychological hardiness and distress tolerance in patients with psoriasis and this treatment can be used to reduce the adverse effects of the disease on patients' lives and take supportive measures.

Keywords: *metacognitive, psychological hardiness, distress tolerance, psoriasis.*

1. Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

* **Corresponding author:** Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir