

## The Effect of Metacognitive-Analytical Therapy on the Ego Strength of Nurses Suffering from Anxiety and Depression in Covid-19 Wards

Shahbakhsh, R., Soleimani, \*A., Kachooei, M., Farahani, H.

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to investigate the effect of metacognitive analytical therapy on the ego strength of nurses suffering from anxiety and depression in COVID-19 wards.

**Method:** This study is applied in terms of its objective, In terms of method the single subject was semi-experimental (quantitative) of type A-B. The statistical population consisted of nurses with anxiety and depression disorders referred to psychological centers in Zahedan. Three participants were purposefully selected and underwent 10 sessions of intervention. Data were collected using the Ego Strength Questionnaire. Intra-situational and inter-situational visual analysis was used for data analysis.

**Results:** The results showed that the data of the two stages of the baseline and the intervention have a good non-overlap. Tau-U for the three participants (0.93, 0.82, 0.82), respectively. Hedge's- g (1.73, 1.50, 0.84), respectively, and the Reliable Change Index scores were 117.6, 21.96, 55.9, respectively, indicating an increase in scores with a high effect size and significant reliable change.

**Conclusion:** Analytical metacognitive therapy has an effect on the ego strength of nurses. It is recommended to managers of health-therapeutic centers and psychologists to consider analytical metacognitive therapy in the prevention and treatment programs of psychological problems of people especially nurses.

**Keywords:** Metacognitive analytic therapy; Ego strength, Anxiety, Depression.

## تأثیر درمان فراشناختی-تحلیلی بر توانمندی من پرستاران دچار اضطراب و افسردگی بخش‌های کووید-۱۹

رحیم شه‌بخش<sup>۱</sup>، علی سلیمانی<sup>۲</sup>، محسن کچویی<sup>۳</sup>، حجت‌الله فراهانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان فراشناختی-تحلیلی بر توانمندی من پرستاران دچار اضطراب و افسردگی بخش‌های کووید-۱۹ بود.

**روش:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش تک آزمودنی نیمه‌آزمایشی (کمی) از نوع A-B است. جامعه آماری، پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز روانشناختی شهر زاهدان بودند. ۳ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی توانمندی من استفاده شد. از تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که داده‌های دو مرحله‌ی خط پایه و مداخله از ناهمپوشانی مناسبی برخوردارند. تایو-یو برای سه شرکت کننده به ترتیب (۰/۹۳، ۰/۸۲، ۰/۸۲)، هجز-جی به ترتیب (۱/۷۳، ۱/۵، ۰/۸۴) و نمره شاخص تغییر پایا به ترتیب (۱۱۷/۶، ۲۱/۹۶، ۵۵/۹) به دست آمد که افزایش نمرات با اندازه اثر بالا و تغییر قابل اطمینان را نشان می‌دهد.

**نتیجه‌گیری:** درمان فراشناختی تحلیلی بر توانمندی من پرستاران تأثیر دارد. به مدیران مراکز بهداشتی-درمانی و روانشناسان توصیه می‌شود که درمان فراشناختی تحلیلی را در برنامه‌های پیشگیری و درمان مشکلات روانشناختی افراد بخصوص پرستاران مدنظر قرار دهند.

**واژه‌های کلیدی:** درمان فراشناختی تحلیلی، توانمندی من، اضطراب، افسردگی.

## مقدمه

به نظر فروید ضعف من با توقف و تثبیت زود هنگام در مراحل اولیه رشد مرتبط است، به نظر وی، گذر نامتعادل از مراحل روانی جنسی باعث ضعف من می‌شود (۱۷). در نتیجه، ضعف عملکردهای من، مانند قضاوت، بازداری بهینه و واقعیت‌سنجی می‌تواند به آسیب‌روانی منجر شوند، از این رو ضعف من، انطباق با شرایط سخت را دچار مشکل می‌کند (۱۸). از طرفی نظریه‌پردازان روابط ابژه<sup>۲</sup>، روابط آسیب‌زای اوایل کودکی با والدین را که به شکل‌گیری الگوهای ذهنی و ساختارهای درون روانی ناسازگار از خود و دیگران منجر می‌شود، عامل اصلی ضعف من تلقی می‌کنند (۱۷). درمان روان‌پویشی مبتنی بر روابط ابژه، برای توانمندی من به شناسایی و اصلاح الگوها و نقش‌های درونی شده‌ی ناهشیار و ناسازگار ناشی از تجربیات آسیب‌زا و روابط ابژه مختل دوران اولیه کودکی می‌پردازد (۱۹). رایل (۲۰) با ترکیب نظریه روابط ابژه و نظریه‌ی شناختی به تدوین مدل درمان شناختی تحلیلی پرداخت. در این مدل، عقیده بر این است که تجربه‌های منفی دوران اولیه رشد، باعث ایجاد شناخت‌های ناکارآمد و الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار و در نتیجه اختلالات هیجانی می‌شوند (۲۱). مدل شناختی تحلیلی برای درمان اختلالات هیجانی و توانمندی من بدنبال ایجاد بینش در مورد سیر تحولی محتوای شناخت‌ها است (۲۱-۲۲-۲۳). گرچه درمان شناختی تحلیلی تا حدودی در اهداف خود موفق بوده است (۲۲-۲۳). اما این نکته را نادیده گرفته است که شناخت‌ها متأثر از فرآیندهای سطح بالاتر، یعنی فراشناخت‌ها هستند (۲۴-۲۵). به عبارتی الگوهای فراشناختی ناسازگار که باعث تداوم شناخت‌های منفی می‌شوند، این الگوها با تمرکز زیاد بر خود، بازبینی تهدید، پردازش نشخوار گونه، فعال‌سازی باورهای مختل و راهبردهای خودتنظیمی ناسازگار مشخص می‌شود (۲۵).

اصطلاح فراشناخت نخستین بار توسط فلاول (۲۶) مطرح شد، وی فراشناخت را به عنوان آگاهی از شناخت و فرآیندهای شناختی یا هر چیز مربوط به آن توصیف کند. ولز و متیو (۲۷) جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی یک الگوی فراشناختی‌ای را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی<sup>۳</sup> معرفی کردند. در این مدل آسیب‌پذیری در

کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمان به ویژه پرستاران از گروه‌های درگیر در کووید-۱۹ هستند که علاوه بر به خطر افتادن سلامت جسمی، در معرض آسیب‌های روانشناختی می‌باشند (۱). چراکه حجم کاری آن‌ها افزایش یافته و شاهد ابتلاء خود یا همکارانشان به بیماری کووید هستند (۲). تحقیقات متعددی، گواه مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی در پرستاران درگیر در همه‌گیری کووید-۱۹ می‌باشد (۲-۳-۴-۵-۶). با وجود فروکش کردن همه‌گیری کووید ۱۹، همچنان این ویروس کما بیش افراد را درگیر می‌کند و با گذشت حدود ۵ سال از شروع همه‌گیری، تحقیقات نشان می‌دهد که همچنان اضطراب و افسردگی در پرستاران بخش‌های کووید بالا است (۷). یکی از مفاهیمی که در جامعه پرستاری برای پیشگیری و درمان مشکلات روانشناختی پرستاران مورد توجه قرار گرفته توانمندی من<sup>۱</sup> می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که توانمندی من با اضطراب و افسردگی رابطه معکوس دارد (۸-۹). گوریچکا و همکاران (۱۰) در طول همه‌گیری کووید-۱۹ نشان دادند، افرادی که دارای سطح بالایی از انعطاف‌پذیری من هستند اضطراب و افسردگی را کمتر تجربه می‌کنند. صدی دامیرچی، ذکی‌بخش و محمدی (۱۱) نیز برای پیشگیری و درمان مشکلات روانشناختی پرستاران، بر افزایش توانمندی من تأکید می‌کنند. توانمندی من به قابلیت یا توانایی یک فرد در انعطاف‌پذیری، با ثبات ماندن از نظر عاطفی و برخورد مؤثر در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا یا ناامیدکننده اشاره دارد (۱۲). در واقع نیرومندی من متغیر مهمی در عملکرد سالم انسان به شمار می‌رود، وجود یک من قدرتمند باعث می‌شود که شخص نشانه‌های آسیب‌روانی را از خود کمتر نشان دهد، و در برابر تنش ناشی از شرایط فشارزای زندگی تحمل و ظرفیت کافی داشته باشد (۱۳).

از سوی دیگر، کوی و همکاران (۱۴) نشان دادند که پرستاران درگیر کووید-۱۹ از ضعف من رنج می‌برند. الحربی و همکاران (۱۵) و وگنر (۱۶) نیز نشان دادند بین ضعف من با مشکلات روانی نظیر اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

2. object relations

3. self-regulation executive functions Model

1. Ego strength

بطور خلاصه می‌توان گفت تجربیات ناسازگار دوران اولیه رشد و تحول، از طریق الگوها و نقش‌های درونی شده ناسازگار باعث ضعف من می‌شوند (۱۷). ضعف من زمینه‌ی عمل افراطی را برای فرامن فراهم می‌کند (۳۶)، عملکرد فرامن باعث ایجاد و تشدید الگوهای فراشناختی ناسازگار (نشانگان شناختی توجهی) می‌شود، در نتیجه فراشناخت دچار بدکارکردی می‌شود (۳۴-۳۵) از طرف دیگر تجربیات ناسازگار اولیه بر شکل‌گیری الگوهای فراشناختی ناسازگار تأثیر می‌گذارد (۳۷-۳۸-۳۹). از این رو ضمن ایجاد بدکارکردی برای فراشناخت، زمینه تقویت فرامن را فراهم می‌کند (۳۴-۳۵) قوی شدن فرامن باعث ضعف بیشتر من می‌شود (۳۶)، نتیجه این ارتباط دو طرفه‌ی معیوب، باعث اضطراب و افسردگی می‌شود (۸-۹). اضطراب و افسردگی نیز با تشدید مکانیسم‌های نابالغانه متقابلاً ضعف من (۳۶)، و تشدید بدکارکردی فراشناخت و در نتیجه تشدید الگوهای فراشناختی ناسازگار و تقویت فرامن را به دنبال دارد (۳۵). علاوه بر این ادبیات پژوهش خلاءهایی را برای درمان‌های قبلی نشان می‌دهد، مبنی بر اینکه درمان روان‌پویشی برای توانمندی من به شناسایی و اصلاح الگوها و نقش‌های درونی شده ناسازگار متمرکز شده است (۱۹). اما از زیربنای رشدی الگوهای فراشناختی ناسازگار غفلت کرده است، مهمتر از آن به تأثیر منفی نشانگان شناختی توجهی بر فرامن و در نتیجه من تا به حال نپرداخته است. درمان فراشناختی تحلیلی هر دو مورد، یعنی بررسی زیربنای رشدی الگوهای فراشناختی ناسازگار و تأثیر منفی نشانگان توجهی بر فرامن و در نتیجه من، و همچنین الگوها و نقش‌های درونی شده ناسازگار مرتبط با ضعف من (که مورد تأکید رویکرد پویشی بوده) را مورد توجه قرار داده است (۴۰). درمان شناختی بر محتوای شناخت‌ها متمرکز بوده اما از زیربنای تحولی شکل‌دهنده محتوای شناخت‌ها غفلت کرده است (۲۱) درمان شناختی تحلیلی برای رفع این کاستی به زیربنای تحولی شکل‌دهنده محتوای شناخت‌ها پرداخته است (۲۱). اما هر دو رویکرد درمانی، یعنی درمان شناختی و شناختی تحلیلی، این واقعیت را نادیده گرفته‌اند که شناخت‌ها از طریق فرآیندهای سطح بالاتر یعنی فراشناخت‌ها عمل می‌کنند، به عبارتی، افرادی که شناخت‌های منفی دارند، لزوماً دچار اختلالات روانی نمی‌شوند، بلکه فرآیندهایی که

مقابل اختلالات روانشناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با الگوهای فراشناختی ناسازگار (نشانگان شناختی توجهی<sup>۱</sup>) مرتبط است (۲۴). طبق پژوهش‌های انجام شده توانمندی من باعث تعدیل و اصلاح الگوهای فراشناختی ناسازگار می‌شود (۲۸). پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد که درمان فراشناختی ضمن اصلاح الگوهای فراشناختی ناسازگار (۲۹)، باعث تقویت توانمندی‌های من (۳۰) می‌شود. همچنین درمان روان‌پویشی ضمن تقویت توانمندی‌های من (۳۱) باعث اصلاح الگوهای فراشناختی ناسازگار (۳۲) می‌شود. در واقع توانمندی من و فراشناخت نقشی همسو در سلامت و بیماری دارند (۳۳). پرویز و همکاران (۳۳) من را مفهومی کلی و گسترده می‌دانند که فراشناخت یکی از قابلیت‌ها و توانمندی‌های آن محسوب می‌شود. این محققان نشان دادند که بین توانمندی من و فراشناخت رابطه‌ی مثبت و معنادار (۳۳) و بین فرامن و فراشناخت با میانجی‌گری نشخوار فکری رابطه منفی و معنادار (۳۴) وجود دارد. طبق مدل فراشناختی-تحلیلی پرویز و همکاران (۳۳-۳۴-۳۵) فرامن و فراشناخت نیز مانند من و فرامن در تعارض هستند، فرامن از طریق ایجاد نشخوار فکری سبب بدکارکردی در فراشناخت می‌شود، به تعبیری هرچه فرامن قوی‌تر باشد، نشخوار فکری بیشتر می‌شود، در نتیجه ضعف و بدکارکردی فراشناخت افزایش می‌یابد، آن‌ها به نشخوار فکری، به عنوان مکانیسم دفاعی ناخودآگاهی می‌نگرند که هدف آن جلوگیری از آگاه شدن از محتویات آزاردهنده به آگاهی است، به نظر این محققان، وقتی بیشتر ظرفیت ذهن به افکاری خاص درباره موضوعات خاص اختصاص می‌یابد، توانایی ذهن برای آگاه شدن فرآیندهای روانی ناخودآگاه کم می‌شود، عملاً ذهن درگیر نشخوار فکری و تکرار مکرر افکار و تهدیدات و خطرات اغراق‌آمیز بزرگ‌نمایی شده یا همان نشانگان شناختی توجهی می‌شود، این محققان معتقدند فرامن قوی ضمن اینکه پردازش‌های فراشناختی را دچار ضعف و بدکارکردی می‌کند، من را هم دچار ضعف می‌کند؛ به باور آن‌ها فرامن در کنار فراشناخت معیوب (که ضعف من می‌انجامد) ستون فقرات اختلالات روانی را شکل می‌دهند (۳۴-۳۵).

1. cognitive attentional syndrome

شدند، ۸ نفر ملاک‌های ورود را داشتند. ۳ نفر با تشخیص اضطراب و افسردگی آمیخته به صورت هدفمند برای مطالعه انتخاب شدند، ۵ نفر در لیست انتظار قرار گرفتند، بعد از ۵ جلسه یک نفر ریزش کرد و یک نفر از لیست انتظار جایگزین شد. معیارهای ورود شامل: دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان‌های زاهدان، داشتن حداقل دو ماه سابقه کار در بخش‌های بحران (کووید-۱۹) بیمارستان‌های زاهدان، داشتن رضایت و تمایل به همکاری، دامنه‌ی سنی حداقل ۲۳ تا ۴۰ سال، گزارش نشدن هرگونه بیماری جسمی یا روانشناختی شدید دیگر، استفاده نکردن همزمان از خدمات روانشناختی از فرد دیگر، داشتن تشخیص اضطراب و افسردگی آمیخته، داشتن نمره پایین و کمتر از ۴۵ درصد کل نمره پرسشنامه توانمندی من و جنسیت مؤنث، بود. معیارهای خروج نیز شامل: غیبت بیش از یک جلسه در طول دوره درمان، انجام ندادن تکالیف خانگی بیش از دوبار و سوء مصرف مواد بود.

این مطالعه بر اساس ملاحظات اخلاقی و دستورالعمل‌های مندرج در اعلامیه هلسینکی انجام شد و تمام مراحل مربوط به شرکت‌کنندگان در مطالعه پژوهشی توسط کمیته اخلاق پژوهشگاه

رویان IR.ACECR.ROYAN.REC.1401.010 تأیید شد. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از شرکت‌کننده مطالعه گرفته شد. شرکت در پژوهش داوطلبانه بود. اسامی شرکت‌کنندگان پژوهش محرمانه نگه داشته می‌شود. ارائه دهنده مداخله قبل از مداخله آموزش‌های لازم را کسب کرد و قبل از انجام مداخله جهت تسلط بیشتر با داوطلبان غیر از شرکت‌کنندگان مداخله اصلی به صورت تمرینی پروتکل را اجرا کرد. همچنین برای ۴ مراجعه‌کننده که در لیست انتظار بودند بعد از اتمام جلسات مداخله اصلی ده جلسه درمان فرآشناختی تحلیلی به صورت آنلاین هفته‌ای دو بار انجام شد.

### ابزار

۱. پرسشنامه توانمندی‌های من: پرسشنامه توانمندی من، توسط مارکستروم و همکاران ساخته شده است، این پرسشنامه دارای ۳۲ سؤال و ۸ زیرمقیاس شامل امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد است. عبارات پرسشنامه بر یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت

باعث تداوم حضور شناخت‌های منفی در فضای ذهن می‌شوند، یعنی الگوهای فرآشناختی ناسازگار عامل اصلی اختلالات هیجانی هستند (۲۴-۲۵). درمان فرآشناختی گرچه به الگوهای فرآشناختی و به طور کلی فرآیندهای فرآشناختی در سلامت و بیماری توجه داشته است (۲۵)، اما از تأثیری که درمان روان‌پویشی از طریق تقویت من بر فرمان اعمال می‌کند و در نتیجه باعث تعدیل نشانگان شناختی توجهی شده و به تقویت فرآشناخت کمک می‌کند و همچنین زیربنای تحولی شکل‌دهنده الگوهای فرآشناختی ناسازگار غفلت کرده است، این کاستی‌ها در مدل فرآشناختی تحلیلی مورد توجه قرار گرفته است (۴۰). طوری که در این مدل، الگوهای فرآشناختی ناسازگار که گرداننده‌ی اصلی شناخت‌ها در فضای ذهنی هستند، هم از طریقی که درمان روان‌پویشی بر توانمندی من تأثیر می‌گذارد و غیرمستقیم بر الگوهای فرآشناختی ناسازگار اثرش را اعمال می‌کند، هم از طریق تأثیر مستقیم درمان روان‌پویشی بر الگوهای فرآشناختی ناسازگار که به طور خاص از طریق بررسی زیربنای تحولی الگوهای فرآشناختی ناسازگار اعمال می‌شود، هم تأثیر خود درمان فرآشناختی بر الگوهای فرآشناختی ناسازگار، مورد توجه قرار گرفته است (۴۰).

در این میان آنچه به آن پرداخته نشده، بررسی تأثیر درمان فرآشناختی تحلیلی بر توانمندی است. بنابراین انجام پژوهش در این خصوص ضروری است. از این جهت پژوهشگران در پژوهش حاضر به دنبال بررسی تأثیر درمان فرآشناختی تحلیلی بر توانمندی من پرستاران بخش‌های کووید-۱۹ هستند. بنابراین سؤال پژوهش حاضر این است که آیا درمان فرآشناختی تحلیلی بر توانمندی من پرستاران تأثیر دارد؟

### روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش تک‌آزمودنی نیمه‌آزمایشی (کمی) از نوع A-B بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری شامل تمام پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی بود که در فاصله زمانی دی ماه ۱۴۰۱ الی اردیبهشت ماه ۱۴۰۲ به مراکز روانشناختی شهر زاهدان مراجعه کرده بودند. از ۱۸ مراجعه‌کننده‌ای که توسط یک نفر دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی و یک نفر روان‌پزشک به صورت مصاحبه بالینی و پرسشنامه غربالگری

همپوشی از جمله، درصد داده‌های ناهمپوش<sup>۱</sup> (PND)؛ درصد داده‌های عبور کننده از میانه<sup>۲</sup> (PEM)؛ ناهمپوشی همه جفت‌ها<sup>۳</sup> (NAP) و تغییر مقیاس ناهمپوشی همه جفت‌ها<sup>۴</sup> (NAPR)، محاسبه شد و برای برآورد اندازه اثر تایو-یو و هجز-جی و برای اطمینان از تغییر ناشی از مداخله، از شاخص تغییر پایا<sup>۵</sup> استفاده شد. شاخص‌های فوق با نرم‌افزار R محاسبه شد.

### یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل سن، جنس، تحصیلات، رشته تحصیلی، سابقه کار و وضعیت تأهل در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات متغیر توانمندی من برای سه شرکت‌کننده در مرحله خط پایه دارای ثبات هستند، بر اساس قانون ۲۰-۸۰ درصدی، ۰/۱۰۰ داده‌ها در مرحله خط پایه در محفظه ثبات قرار دارند و تغییر تراز نسبی و تغییر تراز مطلق برای سه شرکت‌کننده (۰، +۵، -) یکنواختی روند داده‌ها را نشان می‌دهد. در واقع داده‌ها در مرحله خط پایه بر حول محور میانه و میانگین متمرکز شده‌اند. اما در مرحله مداخله نتایج حاکی از عدم ثبات و متغیر بودن نمره‌ها است، طوری که تغییر تراز نسبی (+۳۶، +۳۲، +۲۳) و تغییر تراز مطلق (+۶۷، +۶۹، +۳۷) برای سه شرکت‌کننده، روند نمرات توانمندی من را به صورت افزایشی نشان می‌دهد. در واقع در مرحله مداخله داده‌ها از میانه و میانگین خط پایه فاصله گرفته و از محفظه ثبات (۰/۵۰، ۰/۶۰، ۰/۸۰) خارج شده‌اند. به طور کلی نتایج نشان‌دهنده ثبات و یکنواختی نمرات در مرحله خط پایه و تغییر و افزایش نمرات در مرحله مداخله می‌باشد که نشان‌دهنده تأثیر مداخله در متغیر توانمندی من برای سه شرکت‌کننده در مرحله مداخله است.

به صورت کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲ و اصلاً با من مطابق نیست نمره ۱ نمره-گذاری شده است. شیوه پاسخ‌دهی سؤالات معکوس به صورت برعکس انجام می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۱۶۰ و پایین‌ترین نمره ۳۲ می‌باشد. نمره بالا در این آزمون به معنی سطح بالای توانمندی من است. نمره فرد در این پرسشنامه از حاصل جمع نمره فرد در سؤالات بدست می‌آید؛ مارکستروم و همکاران روایی صوری، محتوا و سازه پرسشنامه توانمندی من را مورد تأیید قرار دادند و اعتبار آن با روش آلفای کرنباخ ۰/۶۸ گزارش کردند. الطافی، اعتبار پرسشنامه توانمندی را بر روی نمونه ایرانی برابر ۰/۹۱ و پایایی دونیمه سازی آن برابر ۰/۷۷ گزارش کرده است (۳۳).

**روند اجرای پژوهش:** در این پژوهش تأثیر پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی شهبخش، سلیمانی، کچویی و فراهانی (۴۰) بر توانمندی من مورد سنجش قرار گرفت. به این صورت: پس از اینکه ۱۸ نفر داوطلب برای همکاری معرفی شدند یک غربال توسط یک نفر دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی و یک نفر روان‌پزشک انجام شد، ۱۰ نفر رد شدند. ۸ نفر واجد شرایط بودند. از ۸ نفری که واجد شرایط بودند، ۳ نفر با تشخیص اضطراب و افسردگی آمیخته به صورت هدفمند انتخاب شدند، در مورد اهداف پژوهش به صورت مفصل گفتگو و آزمون خط پایه تا ۵ هفته و هر هفته یک بار برای ثبات نمرات متغیر وابسته اجرا شد. سپس مداخله درمان فراشناختی تحلیلی به صورت هفته‌ای یک جلسه و به تعداد ده جلسه اجرا شد. در طول مداخله برای هر شرکت‌کننده، بعد از هر جلسه درمان (قبل از شروع جلسه بعدی) آزمون انجام شد. بعد از اتمام مداخله با فاصله یک هفته آخرین آزمون گرفته شد.

### تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش اول با تحلیل دیداری درون موقعیتی، میانه، میانگین، دامنه، محفظه ثبات، درصد داده‌های محفظه ثبات، دامنه تغییرات محفظه ثبات، تغییر طراز نسبی و تغییر طراز مطلق برای بررسی ثبات پایه و روند پایه مورد محاسبه قرار گرفت. سپس با تحلیل دیداری بین موقعیتی شاخص‌های

1. percentage of non-overlapping data
2. percentage of data points exceeding the median
3. non-overlap of all pairs
4. non-overlap of all pairs rescaled
5. Reliable Change Index

## جدول ۱) خلاصه جلسات درمان فراشناختی تحلیلی

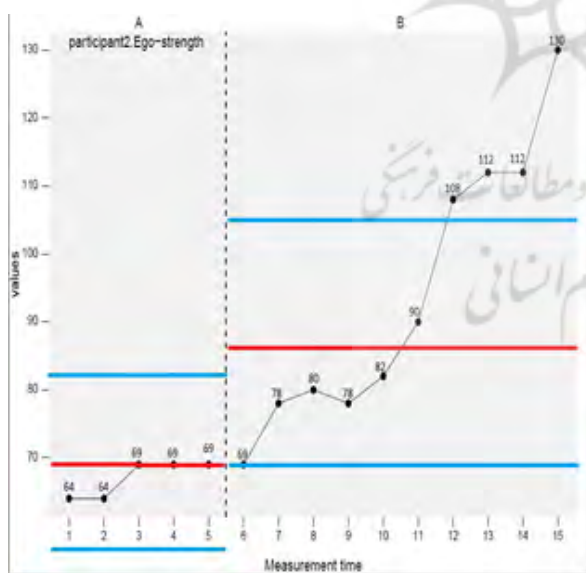
جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف
۱	آماده‌سازی، ایجاد ارتباط درمانی و امیدواری نسبت به بهبود.	ارزیابی باورهای فراشناختی و سبک‌های مقابله ناکارآمد. آماده‌سازی برای درمان	انگیزه و امید برای بهبود. آگاهی به باورهای فراشناختی و سبک‌های مقابله ناکارآمد. آمادگی و انگیزه برای یادگیری سبک‌های مقابله سالم	تمرین آزمایش سرکوب فکر
۲	ادامه آماده‌سازی و بررسی روایت زندگی مراجع	آموزش مدل فراشناختی تحلیلی و ارائه منطق درمان. بررسی اهداف و انتظارات بررسی روابط اولیه مراجع	آگاهی از مدل درمان و تعدیل اهداف و انتظارات. آگاهی به عوامل زمینه ساز مشکلات خود	تکمیل فرم A-M-C
۳	بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باور مربوط به کنترل ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری.	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای کنترل ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری. آموزش و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، توجه آگاهی و به تعویق انداختن نگرانی-نشخوار فکری	بیش نسبت به عوامل رشدی، یادگیری تکنیک ذهن آگاهی گسلیده (DM)، توجه آگاهی و تعویق نگرانی	تمرین ذهن آگاهی گسلیده و توجه آگاهی و به تعویق انداختن نگرانی-نشخوار فکری
۴	ادامه بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باور مربوط به کنترل ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای کنترل ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری. اسناد مجدد کلامی و رفتاری کنترل ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری ارائه‌ی شواهد مخالف. آموزش و تمرین آزمایش از دست دادن کنترل. بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی.	بیش نسبت به عوامل رشدی. یادگیری روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری	تمرین آزمایش از دست دادن کنترل
۵	ادامه بررسی تجربیات رشدی و چالش با باور مربوط به خطر نگرانی-نشخوار فکری	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی-نشخوار فکری. تشدید ناهماهنگی، بررسی شواهد، بررسی شواهد مخالف، بررسی سازوکار عمل.	بیش نسبت به عوامل رشدی یادگیری روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری	بررسی شواهد تأیید کننده و رد کننده باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی-نشخوار فکری
۶	ادامه بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باور مربوط به خطر نگرانی-نشخوار فکری	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی-نشخوار فکری. آزمایش‌های رفتاری	بیش نسبت به عوامل رشدی. یادگیری روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری.	تمرین آزمایش‌های رفتاری
۷	ادامه بررسی تجربیات رشدی و چالش با باورهای فراشناختی مثبت	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی-نشخوار فکری، اسناد مجدد کلامی	بیش نسبت به عوامل رشدی یادگیری روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری	نوشتن شواهد تأیید کننده و رد کننده باورهای فراشناختی مثبت
۸	ادامه بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باورهای فراشناختی مثبت	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی-نشخوار فکری. راهبرد عدم مطابقت نگرانی-نشخوار فکری. آزمایش تعدیل نگرانی-نشخوار فکری	بیش نسبت به عوامل رشدی یادگیری روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری.	پر کردن فرم راهبرد عدم مطابقت
۹	فرمول‌بندی مجدد آماده کردن برای اختتام جلسات و شروع برنامه پردازشی جدید	فرمول‌بندی مجدد. شروع برنامه پردازشی جدید. فهرست کردن مؤلفه‌های ناکارآمد و برنامه جایگزین. آماده کردن مراجع برای ختم جلسات درمان.	ایجاد دیدگاه جامع نسبت به عوامل زمینه‌ساز، آشکارساز و تداوم‌بخش. تقویت برنامه‌های فراشناختی جایگزین آماده شدن برای پایان جلسات	نوشتن فراشناخت‌های منفی و برنامه فراشناختی جایگزین
۱۰	برنامه پردازشی جدید ختم جلسات	ادامه برنامه پردازشی جدید. فهرست کردن مؤلفه‌های منفی و برنامه جایگزین و ختم جلسات	تقویت برنامه‌های فراشناختی جایگزین	نوشتن فراشناخت‌ها و سبک‌های مقابله ناکارآمد و برنامه فراشناختی جایگزین

جدول ۲) ویژگی‌ها جمعیت شناختی شرکت‌کننده‌های پژوهش

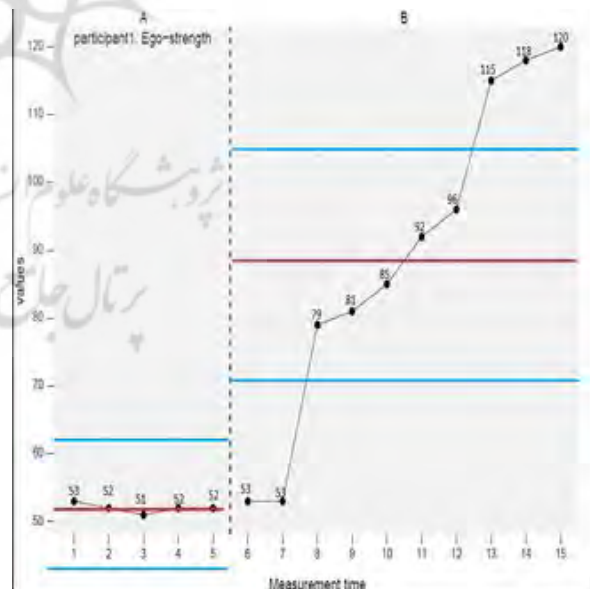
شرکت‌کننده‌ها	جنس	سن	تحصیلات	رشته تحصیلی	سابقه کار	تأهل
نفر اول	مؤنث	۳۵	لیسانس	پرستاری	۱۰ سال	متأهل
نفر دوم	مؤنث	۳۲	لیسانس	پرستاری	۵ سال	متأهل
نفر سوم	مؤنث	۳۱	لیسانس	پرستاری	۷ سال	متأهل

جدول ۳) تحلیل دیداری درون موقعیتی برای شرکت‌کنندگان در متغیر توانمندی من

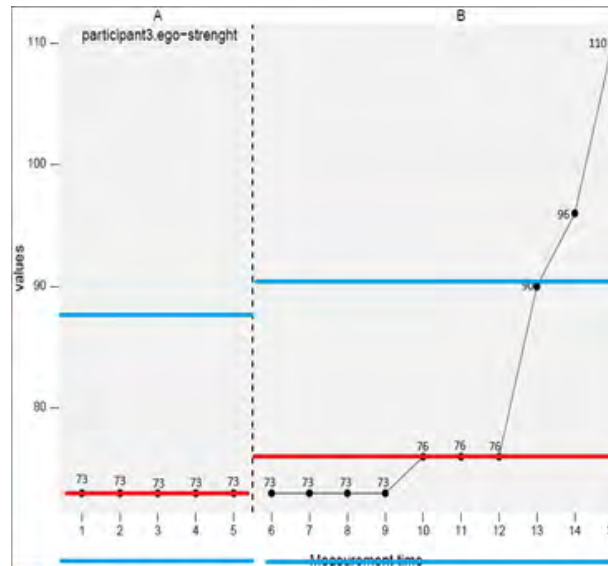
مرحله مداخله			مرحله خط پایه			توالی موقعیت
سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	شرکت‌کننده‌ها
۱۰	۱۰	۱۰	۵	۵	۵	تعداد جلسات
طراز						
۷۶	۸۶	۸۸/۵	۷۳	۶۹	۵۲	میانه
۸۴/۱۸	۹۳/۹	۸۹/۲	۷۳	۶۷	۵۲	میانگین
۷۳-۱۱۰	۶۹-۱۳۰	۵۳-۱۲۰	۷۳-۷۳	۶۴-۶۹	۵۱-۵۳	دامنه
۶۰/۸-۹۱/۲	۶۸/۸-۱۰۳/۲	۷۰/۸-۱۰۶/۲	۵۸/۴-۸۷/۶	۵۵۵/۲-۸۲/۸	۴۱/۶-۶۲/۴	محافظه ثبات
۸۰	۶۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محافظه ثبات
متغیر	متغیر	متغیر	بائثبات	بائثبات	بائثبات	دامنه تغییرات محافظه ثبات
تغییر طراز						
+۲۳	+۳۲	+۳۶	۰	+۵	-۱	تغییر طراز نسبی
+۳۷	+۶۹	+۶۷	۰	+۵	-۱	تغییر طراز مطلق
روند						
افزایشی	افزایشی	افزایشی	همسطح	همسطح	همسطح	جهت
متغیر	متغیر	متغیر	بائثبات	بائثبات	بائثبات	ثبات



نمودار ۲) خط روند و محافظه ثبات نمرات متغیر توانمندی من در خط پایه و مداخله برای شرکت‌کننده دوم

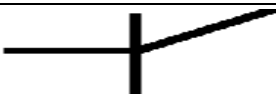




نمودار ۱) خط روند و محافظه ثبات نمرات متغیر توانمندی من در خط پایه و مداخله برای شرکت‌کننده اول



نمودار ۳) خط روند و محفظه ثبات نمرات متغیر توانمندی من در خط پایه و مداخله برای شرکت کننده سوم

جدول ۴) تحلیل دیداری بین موقعیتی برای شرکت کنندگان در متغیر توانمندی من

مرحله خط پایه و مداخله			مقایسه موقعیت شرکت کننده‌ها
سوم	دوم	اول	
تغییرات روند			
			تغییر جهت
مثبت	مثبت	مثبت	نوع روند
با ثبات به متغیر	با ثبات به متغیر	با ثبات به متغیر	تغییر ثبات
تغییر طراز			
۰	۱۱	۲۶/۵	تغییر طراز نسبی
۰	۰	۱	تغییر طراز مطلق
۳	۱۷	۳۶/۵	تغییر میانه
۱۱/۱۸	۲۶/۹	۳۷/۲	تغییر میانگین
همپوشی داده‌ها			
۰/۶۰	۰/۹۰	۰/۸۰	درصد داده‌های ناهمپوش
۰/۶۰	۰/۹۰	۰/۱۰۰	درصد داده‌های عبورکننده از میانه
۰/۸۵	۰/۹۷	۰/۹۸	ناهمپوشی همه جفت‌ها
۰/۷۱	۰/۹۴	۰/۹۶	تغییر مقیاس ناهمپوشی همه جفت‌ها
اندازه اثر			
۰/۸۲	۰/۸۲	۰/۹۳	تاثیر یو (BA)
۰/۸۴	۱/۵	۱/۷۳	هجز -جی
شاخص تغییر پایا (RCI)			
۵۵/۹	۲۱/۹۶	۱۱۷/۶	جاکوبسون و تروکس

با وارد شدن به مرحله مداخله نمرات روند افزایشی پیدا کرده است، نمرات تغییر تراز نسبی و تغییر تراز مطلق برای سه شرکت کننده نشان دهنده‌ی تغییر تدریجی نمرات متغیر

نتایج جدول ۴ برای مقایسه نمرات سه شرکت کننده در مرحله خط پایه و مرحله مداخله برای متغیر توانمندی من نشان می‌دهد که نمرات در مرحله خط پایه با ثبات بودند و



(۱۶)، (۳۰)، (۳۳)، (۳۴)، (۳۵)، (۳۶)، (۳۷)، (۳۸)، (۳۹) و (۴۰) مبنی بر تأثیر تجربیات آسیب‌زای اولیه بر الگوها و نقش‌های درونی شده ناسازگار و الگوهای فراشناختی ناسازگار که باعث تضعیف من و بدکارکردی فراشناخت می‌شوند. همچنین ضرورت تقویت من برای پیشگیری و درمان مشکلات روانشناختی پرستاران و سودمندی درمان روان‌پویشی برای اصلاح الگوهای فراشناختی ناسازگار و توانمندی من و درمان فراشناختی برای توانمندی من و الگوهای فراشناختی ناسازگار، همسو است.

در توجیه این یافته می‌توان استدلال کرد که درمان روان‌پویشی با استفاده از روش‌های پویشی و شرح روایتی به کاوش تجربیات رشدی مراجع می‌پردازد و با ایجاد بینش در مورد تجربیات ناسازگار و ضربه‌های دوران اولیه رشد مرتبط با ضعف من و الگوهای فراشناختی ناسازگار (سندرم شناختی توجیهی) به توانمندی من و تعدیل الگوهای فراشناختی ناسازگار کمک می‌کند. به این صورت که درمان روان‌پویشی با ایجاد بینش در مورد تجربیات آسیب‌زای اولیه مرتبط با الگوها و نقش‌های درونی شده ناسازگار تضعیف‌کننده من و تعدیل و اصلاح آن‌ها، باعث توانمندی من می‌شود، در نتیجه، من تقویت شده قادر می‌شود تا فرامن را تحت استیلاي خود قرار داده و مهار کند، به مهار در آوردن فرامن توسط من از عملکرد افراطی فرامن جلوگیری می‌کند و در نتیجه نشانگان شناختی توجیهی کاهش پیدا می‌کند، در نهایت کاهش نشانگان شناختی توجیهی باعث تقویت فراشناخت می‌شود. علاوه بر این، من تأثیر درمان روان‌پویشی بر فراشناخت را از طریق مهار نشانگان شناختی توجیهی و در نتیجه مهار فرامن به صورت غیرمستقیم دریافت می‌کند. به عبارتی درمان روان‌پویشی با ایجاد بینش در مورد تجربیات آسیب‌زای اولیه مرتبط با الگوهای فراشناختی ناسازگار و تعدیل و اصلاح آن‌ها باعث تقویت فراشناخت می‌شود. از این طریق فرامن تحت تأثیر قرار می‌گیرد و مهار می‌شود، مهار فرامن در نهایت به تقویت من می‌انجامد. از طرف دیگر درمان فراشناختی نیز با اصلاح الگوهای فراشناختی ناسازگار باعث تقویت فراشناخت می‌شود. و در نتیجه زمینه مهار فرامن را فراهم می‌کند و از این طریق بر توانمندی من تأثیر می‌گذارد. این توجیه با نظر فروید (۳۶) و یافته‌های پرویز و همکاران (۳۳-۳۴-۳۵)،

توانمندی من در مرحله مداخله در مقایسه با نمرات مرحله خط پایه است. به عبارتی جلسات اول مرحله مداخله تفاوت کمی با نمرات خط پایه دارد و در جلسات میانی مرحله مداخله نمرات روند افزایشی بیشتری به خود می‌گرفته است و در نهایت در جلسات یک سوم پایانی نمرات مرحله مداخله در مقایسه با نمرات خط پایه تفاوت قابل توجه‌ای را نشان می‌دهد. تفاوت میانگین در متغیر توانمندی من برای سه شرکت‌کننده به ترتیب (۳۷/۲، ۲۶/۹ و ۱۱/۱۸) می‌باشد که نشان‌دهنده افزایش در نمرات مرحله مداخله نسبت به نمرات مرحله خط پایه برای سه شرکت‌کننده می‌باشد. علاوه بر این نتایج درصد داده‌های ناهمپوش نشان می‌دهد که برای سه شرکت‌کننده به ترتیب (۰/۸۰، ۰/۹۰ و ۰/۶۰) از داده‌های مرحله مداخله خارج از دامنه داده‌های مرحله خط پایه هستند. نتایج درصد داده‌های عبور کننده از میانه نیز نشان می‌دهد که برای سه شرکت‌کننده به ترتیب (۰/۱۰۰، ۰/۹۰ و ۰/۶۰) درصد داده‌های مرحله مداخله از میانه داده‌های مرحله خط پایه عبور کرده‌اند. نتایج ناهمپوشی همه جفت‌ها برای سه شرکت‌کننده به ترتیب (۰/۹۸، ۰/۹۷ و ۰/۸۵) و تغییر مقیاس ناهمپوشی همه جفت‌ها برای سه شرکت‌کننده به ترتیب (۰/۹۶، ۰/۹۴ و ۰/۷۱) بدست آمده است که نشان می‌دهد، تغییری که در مرحله مداخله اعمال شده است، به طور قابل توجهی از مرحله خط پایه متمایز است. به طور کلی نتایج این شاخص‌ها نشان می‌دهد که تأثیر مداخله فراشناختی تحلیلی برای نفر اول و دوم قوی و برای نفر سوم متوسط بوده است. همچنین برای سه شرکت‌کننده به ترتیب تاو-یو (۰/۹۳؛ ۰/۸۲ و ۰/۸۲) و هجز-جی (۱/۷۳، ۱/۵ و ۰/۸۴) بدست آمد که نشان‌دهنده‌ی اندازه اثر معنادار می‌باشد. همچنین نمره شاخص تغییر قابل اعتماد در متغیر توانمندی من برای سه شرکت‌کننده به ترتیب (۱۱۷/۶، ۲۱/۹۶ و ۵۵/۹) می‌باشد که از ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- بالاتر هستند، که نشان دهند تغییر آماری قابل اطمینان می‌باشد.

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان فراشناختی تحلیلی برای افزایش توانمندی من در پرستاران دچار اضطراب و افسردگی درگیر در بخش‌های کووید ۱۹ انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی تحلیلی بر افزایش توانمندی من تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات (۱۱)، (۱۵)،

از طرفی در یک توجیه کمتر محتاطانه می‌توان گفت، مفاهیمی مثل دفاع‌ها، مقاومت‌ها و انتقال‌ها که در درمان روان‌پوشی مطرح هستند همان‌هایی هستند که در درمان فراشناختی تحت عنوان نشانگان شناختی توجهی شناخته می‌شود. سندروم شناختی توجهی شامل راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی است که فرد به عنوان تلاشی برای مدیریت افکار و احساسات ناراحت‌کننده به کار می‌گیرد که عبارتند از نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید، راهبردهای کنترل فکر، اجتناب و اطمینان‌جویی (۲۴). درون‌مایه هر دو گروه مفاهیم ذکر شده روان‌پوشی و فراشناختی وضعیت‌های روانشناختی مشترکی هستند که آزاردهنده است، مثل ناخوشی و تکرار سبک‌های ناکارآمد رفتاری و فکری برای اجتناب از این وضعیت‌های ناخوش آیند، اگر دفاع‌هایی مثل واپس‌رانی (پنهان کردن اطلاعات ناخوشایند از ذهن خودآگاه به طور ناخواسته)، سرکوب (پنهان کردن اطلاعات ناخوشایند از ذهن خودآگاه به صورت آگاهانه)، عقلانی‌سازی (تأکید بیش از اندازه به جزئیات نامربوط «نشخوارهای ذهنی» برای گریز از احساسات بجای تجربه کردن آن‌ها) (۴۱) را که در دیدگاه پویایی مطرح است، در نظر بگیریم، دقیقاً همان چیزهایی هستند که در سندرم توجهی شناختی مشاهده می‌شود. در سندرم شناختی-توجهی هم به صورت ضمنی و هم به صورت آگاهانه بیمار تلاش می‌کند افکار مرتبط با نگرانی را از آگاهی خارج کند یا باورهای فراشناختی مثبت به صورت دفاع عقلانی‌سازی خودش را نشان می‌دهد «اگر به جزئیات نگرانی پردازم می‌توانم از اتفاقات ناشی از نگرانی جلوگیری کنم». همچنین زمانی که از مراجع سؤالاتی در رابطه با محتوای سندرم توجهی شناختی می‌پرسیم با سکوت مراجع، مکث‌های نسبتاً طولانی، توجیه مداوم سبک‌ها و باورهای فراشناختی و طفره رفتن مواجه می‌شویم که نشان از مقاومت در برابر احساسات ناخوشایند است. علاوه بر این زمانی که سندرم شناختی-توجهی مورد آماج درمان قرار می‌گیرد و مراجع با واقعیت‌ها مواجه می‌شود، جنبه‌های غیرقابل تحمل واقعیت، مراجع را بر آن می‌دارد که درمانگر را محکوم به عدم درک مشکل خود کند در نتیجه برای حفظ احساس خود در مقابل درمانگر متوسل به رفتارهایی می‌شود که قبلاً با افراد مهم زندگی خود داشته است، این توجیه با نظر محققانی نظیر حسینی و همکاران (۳۷)، دیمردوجن و

حسینی و همکاران (۳۷)، دیمردوجن و همکاران (۳۸) و مارتین و استرودل (۳۹)، مبنی بر اینکه منشأ ضعف من و الگوهای فراشناختی ناسازگار، تجربیات ناسازگار دوران کودکی است و ضعف من و الگوهای فراشناختی ناسازگار زمینه را بر عملکرد افراطی فرامن فراهم می‌کند و فرامن افراطی متقابلاً ضعف من و الگوهای فراشناختی ناسازگار را تشدید می‌کند، مطابقت دارد.

همچنین می‌توان استدلال کرد که مفهوم من به مفهوم نظارت گره خورده است. نظارت بر سازهایی که در رویکرد پویایی با اصطلاح کارکردهای من و در علوم شناختی با اصطلاح کارکردهای اجرایی شناخته می‌شوند. در اکثر موارد کارکردهای من و کارکردهای اجرایی یکی هستند و در کم کارکردی و بیش کارکردی مشکلات سلامت روان را رقم می‌زنند به عنوان مثال: بازداری به عنوان یکی از عملکردهای من از دیدگاه تحلیلی و عملکردهای اجرایی از دیدگاه روانشناسی شناختی اگر ضعیف باشد اختلالات با مشخصه تکانشگری را به دنبال دارد و اگر به صورت سخت و متحجرانه باشد، اختلالات با مشخصه انعطاف‌ناپذیری و نشخوارگونه را به دنبال دارد (۱۸). بنابراین سلامت روان در گرو عملکردهای من یا عملکردهای اجرایی متعادل و انعطاف‌پذیر است، در نتیجه می‌توان گفت کارکردهای من یا کارکردهای اجرایی برای کارکرد درست و متعادل نیاز به یک نیروی فراتر از خود دارند. این نیرو را می‌توان از نیرومندی من فرض کرد. بنابراین می‌توان گفت اثر مثبت درمان فراشناختی تحلیلی بر توانمندی من باعث نظارت صحیح و درست بر فرآیندهای ذهنی می‌شود و میزان فعالیت عملکردهای من یا کارکردهای اجرایی را در سطح متعادل نگه می‌دارد، اگر بازداری را که در مثال قبلی مطرح شد، در نظر بگیریم نظارت صحیح از بازداری متحجرانه و ناتوانی در بازداری جلوگیری می‌کند و از این طریق یکپارچگی و سلامت روان را به ارمغان می‌آورد. این توجیه با نظر ایگل (۱۸)، پرویز و همکاران (۳۳) انا فروید (۴۱)، مبنی بر اینکه من به عنوان ناظر افکار و اعمال انسان عمل می‌کنند و نقش مهمی در سلامت و بیماری دارد و کارکرد درست عملکردهای من یا عملکردهای اجرایی به من توانمند وابسته است، مطابقت دارد.

همچنین به عموم درمانگران توصیه می‌شود که برای توانمندی من و مشکلات روانشناختی که با ضعف من مرتبط هستند از درمان فراشناختی تحلیلی استفاده کنند. همانند دیگر پژوهش‌ها در این پژوهش نیز پژوهشگر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که برخی از آن‌ها عبارتند از: ۱. عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی، که باید در تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. ۲. این پژوهش بر روی جامعه آماری پرستاران بخش‌های کووید-۱۹ صورت گرفته است و در تعمیم نتایج آن به سایر جوامع باید جانب احتیاط را رعایت نمود. ۳. به علت محدودیت زمان و هزینه امکان مرحله پیگیری فراهم نشد، بنابراین، پیشنهاد می‌گردد تا پژوهشگران در پژوهش‌های آینده اجرای مرحله پیگیری را نیز مدنظر قرار دهند. ۴. همچنین باتوجه به محدودیت‌های زمان و هزینه امکان مقایسه تأثیر سایر درمان‌ها با درمان فراشناختی تحلیلی فراهم نشد، بنابراین به محققان پیشنهاد می‌شود که درمان فراشناختی-تحلیلی را با سایر مدل‌ها درمان‌ها که بر افزایش توانمندی من تأثیر دارند مقایسه کنند.

تشکر و قدردانی: از تمامی پرسنل کلینیک روانشناسی شمیم بخصوص مدیر محترم کلینیک و روان‌پزشکان شهر زاهدان بابت همکاری دوستانه‌شان نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

#### منابع

1. Karimi L, Sirti Nair M, Khalili R. stress comparison; Anxiety and depression of nursing and non-nursing staff in the face of covid-19. Journal of Nursing Research. 2022; 17(2): 49-50. (in Persian).
2. Sun N, Shi S, Jiao D, Song R, & Wang H. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of covid-19 patients. American Journal of Infection Control. 2020; 48(6): 592-598.
3. Kaveh, M., Davari-tanha, F., Varaei, S., Shirali, E., Shokouhi, N., Nazemi, P., et al. Anxiety levels among Iranian health care workers during the COVID-19 surge: A cross-sectional study. medRxiv, JOGCR. 2022; 7(2): 69-76.
4. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17 (5): 17-29.
5. Yang L, Wu D, Hou Y, Wang X, Dai N, Wang G, et al. Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with

همکاران (۳۸) و مارتین و استرودل (۳۹)، مبنی بر این که منشأ الگوهای فراشناختی ناسازگار (همانند الگوهای ذهنی تضعیف کننده من) در تجارب آسیب‌زای دوران کودکی نهفته است و نظر پرویز و همکاران (۳۴-۳۵) مبنی بر اینکه هدف مکانیسم‌های دفاعی و نشانگان شناختی توجهی به صورت مشترک به کارگیری ظرفیت ذهن به افکاری خاص درباره موضوعات خاص است تا از خودآگاه شدن عوامل ناخودآگاه جلوگیری کنند، عملاً ذهن را با هدف ایمن نمودن خود در برابر خطرات اغراق‌آمیز و بزرگنمایی شده، درگیر تکرار مکرر افکاری می‌کنند که باعث تداوم مشکل خواهد شد، مطابقت دارد.

به طور کلی می‌توان گفت هم درمان فراشناختی و هم درمان روان‌پویشی با روش‌های متفاوت درمانی، زمینه ابراز حالات درونی و بین‌فردی انعطاف‌ناپذیر را تسهیل می‌کنند و ظرفیت تمرکز را ارتقاء می‌دهند تا وضعیت‌های روانی و بین‌فردی انعطاف‌ناپذیر توسط مراجع درک و فهم شوند (بینش پیدا کند)، سپس مراجع را به سمت روش‌های صحیح و واقع‌بینانه تشویق و هدایت می‌کنند، همچنین زمینه‌های یادگیری روش‌های درست و انعطاف‌پذیر را تسهیل می‌کنند. بنابراین می‌توان گفت روش‌های درمانی روان‌پویشی و فراشناختی به صورت مکمل هم عمل می‌کنند و در نهایت باعث تقویت یا نیرومندی من می‌شود. به عبارتی می‌توان گفت درمان فراشناختی تحلیلی به مراجع کمک می‌کند تا نسبت به زمینه‌های رشدی و ماهیت ناسازگار مکانیسم‌های دفاعی یا نشانگان شناختی توجهی آگاهی پیدا کند و روش‌های مقابله‌ی سازگارتر را بیاموزد و به کار بگیرد، در نتیجه استفاده از روش‌های مقابله سازگار زمینه تقویت من را فراهم می‌کند.

به طور خلاصه، درمان فراشناختی تحلیلی بر افزایش توانمندی من پرستاران تأثیر دارد. بنابراین به مدیران مراکز بهداشتی و درمانی توصیه می‌شود، زمینه‌ی آموزش درمان فراشناختی تحلیلی را برای روانشناسان شاغل در بیمارستان‌ها جهت بکارگیری در برنامه‌های پیشگیری و درمان مشکلات روانشناختی پرستاران، فراهم کنند. همچنین به متخصصان سلامت‌روان شاغل در بیمارستان‌ها توصیه می‌شود از درمان فراشناختی تحلیلی در راستای بهبود وضعیت روانی کادر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی استفاده کنند.

- Undergraduate Journal of Psychology. 2007; 3(1). <https://scholarsarchive.byu.edu/intuition/vol3/iss1/4>.
17. Summers F. Object relations theories and psychopathology: a comprehensive text. Published by Psychology Press, New York. 2014.
  18. Eagle MN. Toward a Unified Psychoanalytic Theory, Foundation in a Revised and Expanded Ego Psychology, New York, NY; Routledge. 2022.
  19. Janbozuri M, Gharvi SM. New theories of psychotherapy and counseling. Samt Publications, 2015. (in Persian).
  20. Corbridge c, Brummer L, Coid P. Cognitive Analytic Therapy: Distinctive Features (Psychotherapy and Counselling Distinctive Features) Published Routledge, 2018.
  21. Ryle A, Kerr, IB. Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice of a relational approach to mental health. Second edition. Hoboken, NJ, Wiley. 2020.
  22. Wakefield S, Delgadillo J, Kellett S, White S, Hepple J. The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case-control study. *Br J Clin Psychol*. 2021; 60(2):194-211.
  23. Hini S, Nirimani M, Atadokht A, Basharpour S, Sadeghi Movahed F. The effectiveness of cognitive-analytical therapy on ego strength and object relations of people with borderline personality disorder. *Urmia Medical Journal*, 2016; 29(1): 1-11. (in Persian).
  24. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. Publisher The Guilford Press; Reprint edition. 2009.
  25. Wells A. Cognition about cognition: metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007; 14(1):18-25.
  26. Flavell, J.H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979; 34(10): 906-911.
  27. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 34(11): 881-888.
  28. Besharat MA, Ramesh S. Worry, anger rumination, ego-strength and adjustment to heart disease. *Inquiétude, rumination de la colère, force de l'ego et adaptation aux maladies cardiaques*. 2023; 181(8):726-730.
  29. Hagen R, Kennair LEO. Metacognitive therapy for depression. *Cogent Mental Health*. 2024., 3(1), 1-19.
  30. Rafezi Z, Pirabbasi G, Eskandari H. Efficacy of group metacognitive therapy on emotional self-regulation and ego strength of anxious students. *Monthly Journal of Psychological Science*. 2022; 20(108): 2239-2254
  31. Cyranka k, Rutkowski k, Mielimaka m, Sobański j, Klasa K, Müldner-Nieckowski l, et al. Changes in COVID-19. MedRxiv.2020; DOI:10.1101/2020.03.22.20040899
  6. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*. 2020; 2;3(3): 1-12.
  7. Eva Morawa LG, Adler w, Schug C, Borho A, Geiser F, Beschoner P, Jerg-Bretzke L, Albus C, Weidner K, Mogwitz S. Depression and anxiety among nurses during the COVID-19 pandemic: Longitudinal results over 2 years from the multicentre VOICE-EgePan study. *Journal of Clinical Nursing*. 2024; 33(6): 1-12.
  8. Sabokzaie A, Nastiezaie N. The Relationship of Meaning in Life, Spiritual Well-Being and Ego Strength with The Anxiety Related to COVID19. Positive psychology research paper. 2023; 9(33):107-124. (in Persian).
  9. Besharat MA, Asadi MM, Gholamali Lavasani M. The mediating role of ego strength in the relationship between dimensions of perfectionism and depressive symptoms. *Rushdie psychology (Iranian psychologists magazine)*. 2017; 13(51):229-243. (in Persian).
  10. Goryczka A D, ebski P, Gogola AM, Goryczyca P, Piegza M. Depressive and Anxiety Symptoms and Their Relationships with Ego-Resiliency and Life Satisfaction among Well-Educated, Young Polish Citizens during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 19(16): 1-9.
  11. Sadri Damirchi E, Zakibakhsh Mohammadi N, Amir SMB. The Role of Thwarted Belongingness, Perceived Burdensomeness, Self-Efficacy and Ego Strength in Predicting Suicidal Ideation of Nurses. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*. 2019; 4(2):85-92.
  12. Singh, N., Anand, A. Ego-Strength and Self-Concept among Adolescents: A Study on Gender Differences. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015; 3(1): 50-58.
  13. Kocheiki Ravandi M, Munirpur N, Araj A. The role of attachment styles, the quality of subjective relationships and ego strength in predicting irritable syndrome; *Faiz Journal of Medical Sciences*. 2014; 19 (3): 231-241. (in Persian).
  14. Cui Y, Yang T, Gao H, Ren L, Liu N, Liu X, Zhang Y. The relationship between ego depletion and work alienation in Chinese nurses: A network analysis. *Front Psychol*. 2022; doi: 10.3389/fpsyg.2022.915959.
  15. Al-Harbi, B; Ibrahim, Kh; Al-Rababaah, J; Al-mehsin, S. The Ego Depletion and Its Relationship with the Future Anxiety among the University Female Students. *International Journal of Higher Education*. 2021; 10(2): 128-139.
  16. Wegener JR, Ludlow CE, Olsen AJ, Tortosa M, Wintch PH. Ego Depletion: A contributing factor of hopelessness depression," *Intuition: The BYU*

41. Freud A. The ego and the mechanisms of defense (revised edition). Connecticut: International Universities Press. 1966.
- ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatr.*2018; 52 (1): 115–127.
32. Neal D. Metacognitive Changes in Individuals with Severe Mental Illness in Response to Psychoanalytic Therapy, Thesis Ph.D. of Clinical Psychology George Fox University. 2020.
33. Parviz K, Agha Mohammadian Shearbafe HR, Ghanbari Hashimabadi BA, Dehghani M. The relationship between ego strength and metacognition in male and female students. *Journal of Education Strategies in Medical Sciences.* 2015; 9 (2): 126-118. (in Persian).
34. Parviz K, Agha Mohammadian Shearbafe HR, Dehghani M, Ghanbari Hashimabadi BA. Investigating the relationship between superego and metacognition among male and female students at Ferdowsi University of Mashhad. *Journal of Principles of Mental Health.* 2015, 19(2)70-76. (in Persian).
35. Parviz K. Development of a comprehensive model of superego and metacognitive functioning (CMSMO) in obsessive-compulsive disorder and antisocial personality disorder. Construction and validation of metasegmetacognition conflict test (SMCQ) based on CMSMO. PhD thesis, Ferdowsi University of Mashhad. 2015. (in Persian).
36. Freud, S. An outline of psycho-analysis. *The International Journal of Psychoanalysis.*1940., 21, 27–84.
37. Hosseini-Ramaghani NA, Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholamrezaei S, Mirderikvand F. The mediating role of the metacognition, time perspectives and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and post-traumatic stress disorder symptoms *European Journal of Psychotraumatology.*2019; 10 (1):10.1080/20008198.2019.1648173
38. Demirdogen ES, Algedik P, Warikoo N, Bahadır E, AkbiyikM, et al. The associations between metacognition problems, childhood trauma and internalizing symptoms in healthcare workers working directly with patients infected with COVID-19. *Psychology, Health & Medicine.*2022; 27(9): 1937-1950.
39. Martin S, Strodl E. The relationship between childhood trauma, eating behaviours, and the mediating role of metacognitive beliefs. *Appetite.* 2023;188(1). doi: 10.1016/j.appet.2023.106975.
40. Shahbakhsh R, Soleimani A, Kachooei M, Farahani HU. Developing and feasibility of metacognitive-analytic treatment protocol to increase ego strength and reduce anxiety and depression of nurses in covid-19 wards. *Scientific Journal of Clinical Psychology and Personality of Shahed University*(In press).