

Prediction of Mental Rumination based on Extra-emotional Beliefs and Cognitive Distortions in Dialysis Patients with Depressive Symptoms

Zakeye Yekani ¹, Heidar Ali Zarei ^{2*}

1. Master of Psychology, Department of Clinical Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Khoy.C., Islamic Azad University, khoy, Iran.

OPEN ACCESS Research Article

*Correspondence : Heidar Ali Zarei *
ha.zarei@iau.ac.ir

Received: May 4 2025
Accepted: June 8 2025
Published: Spring 2025

Citation: Yekani, Z, Zarei, HA. (2025). Prediction of mental rumination based on extra-emotional beliefs and cognitive distortions in dialysis patients with depressive symptoms. *Psycho Research and Behavioral Science Studies*, 3(1): 102-116.

Publisher's Note: MSDS stays neutral with regard to jurisdictional claims in published material and institutional affiliations.

[doi.org 10.71610/psych.2025.1198857](https://doi.org/10.71610/psych.2025.1198857)



Copyright: Authors retain the copyright and full publishing rights.

Publishing by Islamic Azad University of Zajedan. This article is an open access article licensed under the

[Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Abstract

The present study was conducted with the aim of studying the role of meta-emotional beliefs and cognitive distortions in predicting mental rumination of dialysis patients with depressive symptoms. In terms of method, this research was part of descriptive-survey studies of correlation type. The statistical population of this research was 150 dialysis patients who referred to the dialysis center of Shahid Madani Hospital in Khoy city with depression syndromes in the second six months of 2012. A statistical sample of 91 people was selected in a targeted way and based on a formula. The data collection tools needed for the research included three standard questionnaires of Hoksma and Maro's mental rumination (1991), meta-emotional beliefs by Mitmansgruber et al. The collected data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis. The results of the research showed that positive meta-emotional beliefs have an inverse and significant relationship with mental rumination ($\beta=-0.132$), as well as negative meta-emotional beliefs ($\beta=0.140$) and individual cognitive distortions ($\beta=0.162$). They have a positive and significant relationship with mental rumination. But the relationship between social cognitive distortions and mental rumination was not confirmed. Therefore, positive meta-emotional beliefs reduce mental rumination and negative meta-emotional beliefs along with individual cognitive distortions increase mental rumination in dialysis patients with depressive symptoms.

Key words: Mental Rumination, Meta-Emotional Beliefs, Cognitive Distortions, Depression symptoms.

Extended Abstract

Introduction

The existence of complications and problems of dialysis make kidney patients more depressed than other people. One of the most important components of depression is rumination, which these patients fall into after suffering from depression. Also, these patients are exposed to all kinds of emotions. Para-emotions are defined as a mechanism for emotion control and management, awareness of emotions that people have about their own emotions, and they refer to a type of emotional response that a person has about their mood or primary emotion. Another factor that seems to affect mental rumination in depressed hemodialysis patients is cognitive distortions. Cognitive distortions are frequent ways of thinking that are often incorrect, biased and negative. Therefore, the main question of the current research is whether meta-emotional beliefs and cognitive distortions can predict rumination in dialysis patients with depressive symptoms referred for dialysis at Shahid Madani Khoi Hospital.

Methodology

The method of the present research was correlation research. The statistical population of the present study includes patients undergoing hemodialysis treatment in Shahid Madani Hospital, Khoy city, who have depressive symptoms, and their number is 300, and in a period of one month from 1/9/2023 to 30/9/2023, they were sent to the hospital for Referred to hemodialysis. Based on the formula of sample size in correlation and regression studies ($8M + 50 \leq N$), 91 people were selected from among these clients through purposive sampling. The data collection tools needed for the research included three standard questionnaires of Hoksma and Maro's mental rumination (1991), meta-emotional beliefs by Mitmansgruber et al. The collected data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis.

Discussion and Results

The results of the research showed that positive meta-emotional beliefs have an inverse and significant relationship with mental rumination ($\beta = -0.132$), as well as negative meta-emotional beliefs ($\beta = 0.140$) and individual cognitive distortions ($\beta = 0.162$). They have a positive and significant relationship with mental rumination. But the relationship between social cognitive distortions and mental rumination was not confirmed. Therefore, positive meta-emotional beliefs reduce mental rumination and negative meta-emotional beliefs along with individual cognitive distortions increase mental rumination in dialysis patients with depressive symptoms.

پیش‌بینی نشخوار ذهنی بر اساس باورهای فراهیجانی و تحریفات شناختی در بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی

ذکيه يکاني^۱، حیدرعلی زارعی^{۲*}

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روان شناسی بالینی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲- دانشیار گروه روانشناسی، واحد خوی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران.

دسترسى آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول*: حیدرعلی زارعی

ha.zarei@iau.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مطالعه نقش باورهای فراهیجانی و تحریفات شناختی در پیش‌بینی نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی دارای نشانگان افسردگی انجام شد. این پژوهش از نظر روش جزء مطالعات توصیفی-پیمایشی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این تحقیق بیماران دیالیزی مراجعه کننده به مرکز دیالیز بیمارستان شهید مدنی شهرستان خوی با نشانگان افسردگی در شش ماه دوم سال ۱۴۰۲ به تعداد آنها ۱۵۰ نفر بود. نمونه آماری به روش هدفمند و براساس فرمول به تعداد ۹۱ نفر انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز تحقیق شامل سه پرسشنامه استاندارد نشخوار ذهنی هوکسما و مارو (۱۹۹۱)، باورهای فراهیجانی میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) و تحریفات شناختی عبدالله زاده و سالار (۱۳۸۹) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که باورهای فراهیجانی مثبت با نشخوار ذهنی رابطه معکوس و معنی‌دار دارد ($\beta = -0/132$)، همچنین باورهای فراهیجانی منفی ($\beta = 0/140$) و تحریفات شناختی فردی نیز ($\beta = 0/162$) با نشخوار ذهنی رابطه مثبت و معنی‌دار دارند. ولی رابطه تحریفات شناختی اجتماعی با نشخوار ذهنی مورد تأیید قرار نگرفت. بنابراین باورهای فراهیجانی مثبت موجب کاهش نشخوار ذهنی و باورهای فراهیجانی منفی به همراه تحریفات شناختی فردی موجب افزایش نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی می‌شود

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۸

تاریخ انتشار: بهار ۱۴۰۴

استناد: یکانی، ذکيه، زارعی، حیدرعلی. (۱۴۰۴). پیش‌بینی نشخوار ذهنی بر اساس باورهای فراهیجانی و تحریفات شناختی در بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی. روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری بهار ۱۴۰۴ (۱۳): ۱۱۶-۱۰۲. یادداشت ناشر: MSDS در خصوص ادعاهای قضایی در مطالب منتشر شده و وابستگی‌های سازمانی بی طرف می ماند.

doi.org/10.71610/psych.2025.1198857



کپی رایت: نویسندگان حق نشر و حقوق کامل انتشار را برای خود محفوظ می دارند.

منتشر شده توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان. این مقاله، یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز

Creative Commons Attribution 4.0

International (CC BY 4.0) منتشر شده است.

واژگان کلیدی: نشخوار ذهنی، باورهای فراهیجانی، تحریفات شناختی، نشانگان افسردگی.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه عارضه‌ای فراگیری است که از تغییری غیرقابل برگشت در عملکرد و یا ساختار کلیه حکایت دارد و به مرور زمان وجود می‌آید. بیمارانی که در مرحله آخر بیماری مزمن کلیوی قرار دارند، بدون انجام جراحی پیوند کلیه و یا بهره بردن از درمان همودیالیز قادر به زنده ماندن نخواهد بود (هریس و همکاران، ۲۰۱۹). در طول فرایند درمان، هر نوبت دیالیز سه الی چهار ساعت و سه بار در هفته انجام می‌شود و اغلب بیماران از خستگی، گرفتگی عضلات و سردرد بعد از دیالیز رنج می‌برند. علاوه بر موارد فوق آسیب‌های فیزیکی مشکلات جسمانی افراد دیالیزی بسیار زیاد بوده و عواقب این بیماری بسیار پر زحمت و طولانی است (اسکات و همکاران، ۲۰۱۹). این ناراحتی‌ها و مشکلات، بیماران کلیوی را نسبت به سایر افراد بیشتر دچار افسردگی می‌نماید (اسکات و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های افسردگی، نشخوار فکری است که این بیماران بعد از ابتلا به افسردگی به آن گرفتار می‌شوند (واتکینز و برکیا، ۲۰۰۱). در سال‌های اخیر نشخوار فکری به عنوان گرایش به افکار منفی تکراری در شروع، تداوم و عود افسردگی، توجه نظری و عملی بسیاری از پژوهشگران آن را جلب کرده است. نشخوار ذهنی به عنوان یک سبک تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراری، عود کننده، مزاحم و کنترل ناپذیر تعریف شده است که غالباً بیماران کلیوی را درگیر می‌نماید (فلک بلند، ۱۳۹۶). همچنین نشخوار ذهنی به صورت تفکر اضطرابی چرخه‌ای و مداوم نیز تعریف می‌شود و پاسخ نسبتاً رایجی به خلق منفی این خاصیت شناختی برجسته از احساس ملامت و اختلال اضطراب است (پالمیرس و همکاران، ۲۰۲۱).

تمایل به نشخوار ذهنی و شناخت‌های منفی و افکار مزاحم در پاسخ به رویدادهای زندگی تنش‌زا باعث تشدید افسردگی شده و تجربه افکار مزاحم و تفکر تکراری درباره آنها به شیوه‌ای منفی، عامل خطری مضاعف برای افسردگی خواهد بود که به عاطفه منفی هم منجر می‌شود (اسمیت و همکاران ۲۰۱۱). نشخوار ذهنی از فرایندها و فرآورده‌های شناختی از قبیل افکار اتوماتیک منفی، توجه متمرکز بر خود، خودآگاهی شخصی و نگرانی را نیز در برمی‌گیرد و به عنوان پاسخی برای جلوگیری از شدت یافتن نشانه‌های اضطراب و افسردگی در افراد نمایان می‌شود. همچنین نشخوار ذهنی بعنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه و تفکر درباره آن شناخته می‌شود. ترینور و همکاران^۴ (۲۰۰۳) نیز در مطالعات خود دریافتند که نشخوار ذهنی بازتابنده منجر به کاهش توانایی تفکر و تأمل فرد شده و در نهایت منجر به افزایش نشانه‌های افسردگی می‌گردد. این تحقیقات وجود رابطه دوسویه بین نشخوار فکری و افسردگی را تبیین می‌کنند. حال از نظر تئوری این مساله به‌طور جدی مطرح می‌شود که چه علل و عواملی نشخوار فکری را در این بیماران پیش‌بینی می‌کنند؟

بر اساس مبانی نظری به نظر می‌رسد که بیماران دیالیزی دارای نشانگان افسرده که به اختلال نشخوار ذهنی دچار می‌گردند به طور یقین در معرض هجوم انواع هیجانات می‌باشند. معمولاً هیجانات در دو دسته اولیه و ثانویه طبقه‌بندی می‌گردد. هیجانات اولیه که به صورت غیرارادی رخ می‌دهند و هیجانات ثانویه که ارادی هستند و در واکنش به هیجانات اولیه رخ می‌دهند، فراهیجان نامیده می‌

¹ Harris et al

² Schouten et al

³ .watkins & Baracaia

⁴ Palmieris et al

⁵ Smets J et al

⁶ Treynor et al

شوند. فراهیجان ها به عنوان مکانیزمی در جهت کنترل و مدیریت هیجان، آگاهی از هیجاناتی است که افراد در مورد هیجان های خود دارند، تعریف می شود و به یک نوع پاسخ عاطفی اشاره دارند که یک فرد در مورد خلق یا هیجان اولیه خود دارد. در این میان باورهای فراهیجانی بعنوان بخش مهمی از راهبردهای تنظیم هیجانی (فراهیجان) افراد را تشکیل می دهند و فرد را قادر می سازند تا با انعطاف پذیری بیشتری به وقایع محیطی پاسخ دهد. (حسنی و همکاران، ۱۳۸۷) باورهای فراهیجانی شامل دو جنبه منفی (خشم اجتناب تجربی و عدم پذیرش) و مثبت بوده و از پذیرش هیجان خود حمایت کرده و در نشخوار ذهنی تأثیر به سزایی دارد (میشلی و کستلفرانچی، ۲۰۱۹).

بر اساس متون نظری، عامل دیگری که به نظر می رسد در نشخوار ذهنی بیماران همودیالیزی افسرده تأثیر دارد تحریفات شناختی است. تحریفات های شناختی روش های متداول تفکر هستند که اغلب نادرست، مغرضانه و منفی هستند. این تحریفات معمولاً با گذشت زمان در واکنش به حوادث ناگوار ایجاد می شوند. وقتی مردم خواسته ها و ترجیحاتشان را در مورد خود تغییر می دهند، وقایع را به خواسته های اجباری تبدیل می کنند و باورهای غیرمنطقی یا نامعقول پدیدار می شوند. علاوه بر این، چنین خواسته هایی منجر به شناختی نامعقول همچون احساسات ناسالم و رفتارهای نا کارآمد می شود که به نوبه خود، ممکن است، باعث شود افراد احساسات منفی مربوط به سلامت روان شناختی خود را تجربه کنند. (الیس، ۲۰۰۳) همچنین تحریفات های شناختی خطاهایی را در برمی گیرد که افراد افسرده هنگام نتیجه گیری از تجربیات شان مرتکب می شوند. استنباط دل بخواهی، جدا سازی گزینشی، تعمیم مفرط، بزرگ نمایی و کوچک جلوه دادن، شخصی کردن، برچسب زدن و تفکر قطبی از تحریفات های شناختی مهم و تعریف شده در بعد فردی هستند.

پژوهش های زیادی مبین این واقعیت است که در بسیاری از موارد کسانی که دچار اختلال افسردگی می گردند نشخوار ذهنی را نیز تجربه می نمایند. با توجه به اینکه نشخوار فکری بعنوان یکی از مؤلفه های افسردگی از شایع ترین مشکلات بیماران دیالیزی است که پیامدهای مخرب و سطح بالای آسیب ها و مشکلات روانی و رفتاری، متعددی را در پی داشته و منجر به مشکلات رفتاری نظیر انزوا، پیش آگهی بد، پریشانی و اختلال در عملکرد خانوادگی و اجتماعی و شغلی می گردد. انجام این پژوهش می تواند نقش مهمی در کاهش علائم جسمی، اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری این بیماران داشته باشد. یکی از مهم ترین عوارض نشخوار فکری که ضرورت مطالعه و درمان آن را مورد تأیید قرار می دهد تأثیر منفی است که بر درمان بیماران دیالیزی دچار افسردگی به جای می گذارد. در درمان عارضه نشخوار فکری علل و عوامل زیادی توسط پژوهشگران مورد مطالعه قرار گرفته است به نظر می رسد تأثیر تنظیم و کنترل هیجانی این بیماران در قالب باورهای فراهیجانی کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است، به طوری که با تنظیم کنترل هیجان هایی مانند: اضطراب، غم، ترس از مرگ، خشم و توانایی بالا در نشان دادن انعطاف پذیری در مقابل وقایع محیطی، بیماران بهتر از قبل می تواند از بروز تغییرات اضطرابی منفی و چرخه ای جلوگیری نماید. همچنین شناسایی استنباط های غلط و دلخواهی بیماران، تعمیم های مفرط، بزرگ نمایی و کوچک کردن، تفکر قطبی در قالب تحریفات شناختی، کمک می نماید تا بیمار از چرخه و دور باطل نشخوار فکری رهایی یابد.

نتایج و یافته های انجام این تحقیق، نگرانی های بیماران نار سایی کلیوی از طول دوره درمان، ادامه آینده بیمار، ترس از مشکلات پیوند کلیه، ترس و اضطراب را در این بیماران کاهش داده و باعث ایجاد کاهش اختلال گسترده در رفتار و بهزیستی شناختی در آنها می شود. با توجه به این که اغلب بیماران که دچار نشخوار می گردند، دچار افکار منفی مداوم و عود کننده گشته و به صورت غیرارادی دچار

¹ Miceli & Castelfranchi

² Ellis, A

اختلال تفکر می‌شوند، استفاده از یافته‌های این تحقیق موجب بهبود سلامت فکری بیماران شده همکاری خود بیمار در روند درمان را تسهیل می‌نماید. با توجه به این که نشخوار فکری اضطراب، استرس، نگرانی و پریشانی بیماران شده افسردگی آنها را تشدید می‌نماید، استفاده از یافته‌های این تحقیق می‌تواند در تامین و ثبات سلامت روانی بیماران آثار چشمگیری داشته باشد.

نتایج حاصل از مطالعات اولیه اجمالی محقق از وضعیت حال بیماران مراجعه کننده به مرکز دیالیز بیمارستان شهید مدنی خوی نشانه‌هایی از وجود افسردگی توأم با نشخوار فکری را نمایان می‌کند. حال که در این مرحله از پژوهش نشخوار فکری تا حدی تبیین و ویژگی‌های آن به همراه باورهای فرا هیجانی و تحریفات شناختی تشریح شد، به این سوال آغازین می‌رسیم که آیا باورهای فرا هیجانی و تحریفات شناختی می‌توانند نشخوار فکری بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی مراجعه کننده برای دیالیز بیمارستان شهید مدنی خوی را پیش‌بینی کنند؟ این پژوهش در راستای پاسخ به این سؤال اساسی و آغازین انجام می‌گیرد.

روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از آن جهت که به بررسی و شناخت بیشتر روابط میان متغیرها در شرایط موجود می‌پردازد، در دسته پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی قرار می‌گیرد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران تحت درمان همودیالیزی بیمارستان شهید مدنی شهرستان خوی که دارای نشانگان افسردگی می‌باشند که تعداد آنها ۳۰۰ نفر می‌باشند و در بازه زمانی یک ماهه از تاریخ ۱۴۰۲/۹/۱ لغایت ۱۴۰۲/۹/۳۰ به بیمارستان برای انجام همودیالیز مراجعه کردند. از میان این مراجعه کنندگان براساس فرمول حجم نمونه در مطالعات همبستگی و رگرسیون ($50 + 8M \geq$) (N) تعداد ۹۱ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. همچنین در این پژوهش برای انتخاب نمونه مناسب شرایط ورود و خروج اعضای نمونه به شرح زیر تعیین شده است:

ملاک‌های ورود:

- ۱- گرفتن تشخیص بیماری مزمن کلیوی مرحله آخر از سوی پزشک متخصص نفرولوژیست.
- ۲- مراجعه بیمار به صورت مداوم و ثابت، ۳ بار در هفته هر بار ۴ ساعت برای همودیالیز به بخش همودیالیز بیمارستان شهید مدنی.
- ۳- داشتن بازه سنی ۲۰ الی ۵۰ سال
- ۴- داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش منظور تکمیل پرسشنامه‌ها، مطالعه دستورالعمل‌ها و انجام آزمون.
- ۵- داشتن سواد خواندن و نوشتن برای مطالعه و تکمیل دستورالعمل‌ها و پرسشنامه‌ها.

ملاک خروج:

- ۱- عدم پاسخگویی کامل به پرسشنامه‌های مد نظر پژوهش حاضر
- ۲- عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و انصراف دادن.

ابزار های سنجش

برای جمع آوری داده ها از ابزار پرسشنامه استفاده شد.

پرسشنامه نشخوار ذهنی هوکسما و مارو:

برای سنجش نشخوار ذهنی از پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو استفاده شد. این پرسشنامه در سال (۱۹۹۱) طراحی و تدوین شده و دارای ۲۲ سوال می باشد که براساس طیف چهار گزینه ای لیکرت به سنجش نشخوار فکری می پردازد. این پرسشنامه دارای سه مولفه افسردگی با شماره سؤال های (۳، ۱، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲) مولفه بروز دادن (۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱) و مولفه در فکر فرو رفتن (۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶) است. نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه ای شامل (هرگز=۱ تا همیشه=۴) می باشد. نمره بین ۲۲ تا ۳۳: نشان دهنده میزان نشخواری فکری پایین، نمره بین ۳۳ تا ۵۵، میزان نشخواری فکری متوسط و نمره بالاتر از ۵۵، میزان نشخواری فکری بالا را نشان می دهد. پایایی پرسشنامه با روش الفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه باورهای هیجانی:

برای سنجش باورهای فرا هیجانی هم از پرسشنامه باورهای فراهیجانی میتمانسگروبر^۱ و همکاران (۲۰۰۹) استفاده شد که دارای ۲۸ گویه است که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت شش درجه ای بدان پاسخ می دهد. این پژوهشگران مقیاس را شامل دو مولفه اصلی شامل مولفه باورهای فراهیجانی منفی با دو مؤلفه فرعی شامل خشم، شرم، و چهار مولفه باورهای هیجانی مثبت با ابعاد کنترل خشونت و فرونشانی، شفقت و علاقه گزارش نمودند. این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت شش درجه ای می باشد، بنابراین گزینه کاملاً صدق می کند نمره ۶ و اکثراً صدق می کند نمره ۵، کمی صدق می کند نمره ۴، بی نظرم نمره ۳، اغلب صدق نمی کند، و اصلاً صدق نمی کند نمره ۱ می گیرد. سپس برای هر مؤلفه با توجه به پاسخستان نمره گذاری می کنید. هرچه نمره دریافت شده بالاتر باشد، نشان دهنده بالابودن آن مؤلفه در فرد است. نتایج تحلیل عاملی دو بعد اصلی فراهیجان های مثبت و فراهیجان های منفی را تأیید نمود. این محققان روایی همزمان آن را با پرسشنامه هوش عاطفی بررسی نمودند و به ویژه همبستگی فراهیجان های مثبت با مولفه های هوش عاطفی همبستگی مطلوبی گزارش نمودند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۳). پایایی پرسشنامه باورهای فراهیجانی برابر ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه تحریفات شناختی:

برای سنجش متغیر تحریفات شناختی از پرسشنامه تحریفات شناختی عبدالله زاده و سالار استفاده شد که یک ابزار ۲۰ گویه ای است و در سال ۱۳۸۹ برای سنجش تحریفات شناختی با دو مولفه شامل تحریفات شناختی فردی با مولفه های فرعی: تفکر همه یا هیچ (۱، ۲)، فیلتر ذهنی (۵، ۶)، عبارت باید دار (۱۵، ۱۶)، استدلال احساسی (۱۲، ۱۳) و تحریفات شناختی اجتماعی با مولفه های فرعی: ذهن خوانی (۹، ۱۰)، شخصی سازی (۱۹، ۲۰)، کوچک نمایی (۱۱، ۱۴)، تعمیم مبالغه آمیز (۳، ۴)، برجسب منفی زدن (۱۷، ۱۸)، پیش بینی منفی (۱۷، ۱۸) ساخته شده است. پایایی پرسشنامه با روش الفای کرونباخ برابر ۰/۷۵ محاسبه شد.

1. Mitmansgruber

روند اجرای تحقیق

در ابتدا پس از تصویب طرح پژوهشی در جلسه گروه دانش‌کده روانشناسی، اقدام به دریافت کد اخلاق شد (IR.IAU.URMIA.REC.1403.024). پس از این دریافت کد رهگیری، نامه ورود به بیمارستان از طرف دبیرخانه دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه صادر شد و به بیمارستان شهید مدنی مراجعه گردید. بعد از اعلام همکاری کادر بیمارستان و دریافت مجوز ورود به بخش همودیالیز این بیمارستان، جلسه آشنایی با بیماران برگزار و اهداف شرکت در پژوهش، شیوه اجرا، مزایا و عوارض احتمالی به تمام بیماران توضیح داده شد. سپس از بیماران بخش افسردگی پرسشنامه نشخوار ذهنی اجرا شد و افراد دارای نشانگان افسردگی به تعداد ۹۱ شناسایی گردید. سپس از این تعداد افراد به عنوان نمونه آماری درخواست شد تا به ما بقی پرسشنامه‌ها پاسخ دهند.

تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از طریق شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به کمک نرم افزار SPSS صورت گرفت. جهت بررسی پیش فرض‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها و آزمون استقلال باقیمانده‌ها از آزمون دوربین-واتسون استفاده شد.

یافته‌ها

در این تحقیق، ۹۱ نفر از آزمودنی‌ها حضور داشتند که ۳۸ نفر (۴۲ درصد) زن و تعداد ۵۳ نفر (۵۸ درصد) مرد بودند. در جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش اعم از میانگین، انحراف معیار و آزمون کولموگروف - اسمیرنوف به تفکیک گزارش شده‌اند.

جدول ۱: یافته‌ها مربوط به آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق (n=۹۱)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	ضریب Z-k-S	نتیجه آزمون
نشخوار ذهنی	۳۶/۶۲	۶/۱۶۹	۰/۳۰	نرمال
باورهای فراهیجانی منفی	۶۱/۱۰	۲۰/۱۶۶	۰/۳۸	نرمال
باورهای فراهیجانی مثبت	۴۴/۷۹	۱۷/۸۱	۰/۰۶	نرمال
تحریفات شناختی فردی	۳۰/۵۲	۶/۶۵	۰/۱۷	نرمال
تحریفات شناختی اجتماعی	۳۱/۵۵	۱۱/۶۳	۰/۳۲	نرمال

با توجه به جدول ۱ میزان سطح معنی داری آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای این پژوهش که بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال می‌باشد، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. با توجه به اینکه مقدار بدست آمده برای آماره d شاخص دوربین-واتسون (۲/۳۲) بوده و در فاصله (۱/۵) تا (۲/۵) قرار دارد. لذا می‌توان گفت فرض استقلال خطاها مورد تأیید قرار می‌گیرد و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد.

در جدول زیر رابطه بین متغیرهای پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون گزارش شده است:

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	نشخوار ذهنی	sig
باورهای فراهیجانی مثبت	-۰/۶۹۸	۰/۰۰۱
باورهای فراهیجانی منفی	۰/۷۴۵	۰/۰۰۱
تحریفات شناختی فردی	۰/۳۳۷	۰/۰۰۱
تحریفات شناختی اجتماعی	۰/۳۱۳	۰/۰۶۳

همانطور که در جدول ملاحظه می شود، مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین باورهای فراهیجانی مثبت با نشخوار ذهنی برابر -۰/۶۹۸ بوده و سطح معنی داری ۰/۰۰۱ حاکی از آن است که فرضیه صفر رد و همچنین در سطح معنی داری ۹۹ درصد رابطه معنی دار می باشد. لذا به لحاظ آماری اینطور می توان بیان داشت که بین باورهای فراهیجانی مثبت و نشخوار ذهنی رابطه ی معنی داری و معکوس وجود دارد. همچنین مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین باورهای فراهیجانی منفی و نشخوار ذهنی برابر ۰/۷۴۵ در سطح معنی داری ۰/۰۰۱ حاکی از آن است که در سطح معنی داری ۹۹ درصد رابطه معنی دار می باشد. لذا به لحاظ آماری بین باورهای فراهیجانی منفی و نشخوار ذهنی بیماران رابطه معنی داری و مستقیم وجود دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین تحریفات شناختی فردی و نشخوار ذهنی برابر ۰/۳۳۷ در سطح معنی داری ۰/۰۰۱ حاکی از آن است که در سطح معنی داری ۹۹ درصد رابطه معنی دار می باشد. لذا به لحاظ آماری بین تحریفات شناختی در موقعیت های فردی و نشخوار ذهنی بیماران رابطه منفی و معکوسی وجود دارد. در نهایت همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می شود مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین تحریفات شناختی اجتماعی با نشخوار ذهنی برابر ۰/۳۱۳ در سطح معنی داری ۰/۰۶۳ حاکی از آن است که فرضیه صفر رد نمی شود و همچنین در سطح معنی داری ۹۹ درصد رابطه معنی دار وجود ندارد. لذا به لحاظ آماری اینطور می توان بیان داشت که بین تحریفات شناختی در موقعیت های اجتماعی و نشخوار ذهنی بیماران رابطه معنی داری وجود ندارد.

در ادامه برای تجزیه و تحلیل متغیر مستقل و متغیر وابسته با استفاده از رگرسیون چندگانه پرداخته می شود.

جدول (۲) خلاصه مدل بین متغیر وابسته نشخوار ذهنی و عامل باورهای فراهیجانی و تحریفات شناختی

همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده	انحراف معیار	دوربین- واتسون
R	R Sqjusted	Adjusted R	Std	
۰/۸۴۳	۰/۷۱۰	۰/۶۹۷	۳/۳۹	۲/۳۲

در جدول ۲ ضریب همبستگی چندگانه، ضریب تعیین، همراه با ضریب تعدیل شده و انحراف معیار برآورد را مشاهده می‌کنید. در این جدول هر چه ضریب تعدیل شده بالاتر باشد، نشان می‌دهد که سهم بیشتری از تغییرات متغیر وابسته مربوط به متغیر مستقل است.

جدول (۳) جدول تحلیل واریانس بین متغیر وابسته و متغیر مستقل

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	sig
مدل رگرسیون	۴	۶۰۸/۰۵		
باقیمانده ها	۸۶	۱۱/۵۵۰	۵۲/۶۴۶	۰/۰۰۱
کل	۹۰			

با توجه به جدول (۳) آنوا این موضوع که آیا واقعا این الگو برازنده داده است، آزمون شده است. اگر در جدول، sig کمتر از ۵ درصد باشد نشانه این است که الگو مناسب و برازنده است. با توجه به اینکه sig کمتر از ۵ درصد می باشد؛ پس فرض خطی بودن مدل تأیید می‌شود.

جدول (۴) ضرایب مدل بین متغیر وابسته نشخوار ذهنی و متغیرهای مستقل باورهای هیجانی و تحریفات شناختی

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	T	Sig
	B	Std.error	Beta		
مقدار ثابت	۳۱/۳۸۲	۲/۷۱۱		۱۱/۵۷۷	۰/۰۰۰
باورهای فراهیجانی منفی	۰/۱۴۰	۰/۰۲۲	۰/۴۵۸	۶/۳۲۵	۰/۰۰۰
باورهای فراهیجانی مثبت	-۰/۱۳۲	۰/۲۴	-۰/۳۸۲	-۵/۴۶۹	۰/۰۰۰
تحریفات شناختی فردی	۰/۱۶۲	۰/۵۹	۰/۱۷۴	۲/۷۳۰	۰/۰۰۸
تحریفات شناختی اجتماعی	-۰/۷۴	۰/۳۴	-۰/۱۳۹	-۱/۱۵۷	۰/۱۳۴

با توجه به اینکه در این آزمون sig کمتر از ۵ درصد است، بنابراین نشان دهنده این است که متغیر مستقل و مقدار ثابت بر متغیر وابسته تأثیرگذار است. یعنی متغیرهای مستقل باورهای فراهیجانی مثبت و منفی و تحریف شناختی فردی بر میزان نشخوار ذهنی بیماران مؤثر می‌باشند ولی تحریفات شناختی اجتماعی با توجه به سطح معنی داری (۰/۱۳۴) که بیشتر ۰/۰۵ می‌باشد نشان می‌دهد که تحریفات شناختی اجتماعی بر نشخوار ذهنی بیماران مؤثر نیست. پس از بررسی معیارهای اعتبار مدل، با توجه به فرضیه غیر صفر بودن ضرایب رگرسیون، مدل آزمون مدل رگرسیون برآورد شده به شرح زیر می‌باشد:

$$y = 31.382 + 0.140x_1 - 0.132x_2 + 0.162x_3$$

بحث و نتیجه گیری

هدف انجام این تحقیق این بود که چگونه می توان براساس باورهای فراهیجانی و تحریفات شناختی نشخوار ذهنی، بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی را می توان پیش بینی نمود. بر اساس یافته های این تحقیق بین باورهای فراهیجانی مثبت و نشخوار ذهنی رابطه منفی و معنی دار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش های کریمی مزیدی (۱۴۰۰)، کاظمی پور و همکاران (۱۳۹۹)، خرم نیا و همکاران (۱۳۹۹)، همخوانی داشته است. بر اساس بررسی های انجام شده، پژوهش های ناهمسو با این یافته پژوهشی مشاهده نشد.

هنگامی که بیمار برخی هیجانات مثبتی را تجربه می کند، موجب می شود هیجانات مثبت ثانویه به صورت فراهیجان مثبت شکل گیری نماید و تجربه فراهیجان های مثبت به سازماندهی مجموعه ای از افکار و احساسات درباره هیجان ها منجر شده و باورهای فراهیجانی فرد را پدید می آورند. باورهای فراهیجانی مثبت در راستای شناخت فرآیندهای هیجانی، توجه بیشتری روی هیجانات را موجب می شود (نورمن و فورنر^۱، ۲۰۱۶). این شناخت و توجه بیشتر موجب می گردد بیمار ضمن ارزیابی و قضاوت درست در مورد هیجانات خود آن ها را طوری تنظیم نماید که تمرکز در تصمیم گیری و بهزیستی فرد بیمار را افزایش یابد و این حالت مثبت به بیمار کمک می کند که به راحتی از علل و عوامل ایجاد نشخوار ذهنی مانند خلق منفی، تولید افکار منفی، باورها و نگرش های منفی شناخت و هوشیاری کسب کرده و هیجانات خود را به خوبی بررسی و تفسیر نماید، در زمینه های تصمیم گیری و تمرکز بر توانایی حل مشکلات و تنظیم هیجانات خود با توانمندی بالا مواجه شده و بدین صورت در مقابل نشخوار ذهنی تاب آوری روانی لازم را داشته باشد. لذا با افزایش باورهای هیجانی مثبت نشخوار ذهنی بیماران کاهش می یابد.

همچنین بین باورهای فراهیجانی منفی و نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی رابطه مستقیم وجود دارد. این یافته با برخی پژوهش های مشابه انجام یافته همخوانی داشته است: مانند ناواکوسکا و همکاران (۲۰۲۲)، پاتل و همکاران (۲۰۲۳)^۳، ورونیکا ویدال آرسنا و همکاران (۲۰۲۲)^۴، عزیزی (۱۳۹۹).

باورهای فراهیجانی منفی به دنبال برخی هیجان های منفی مانند: ترس اضطراب، خشم، احساس گناه اتفاق افتاده و بیمار را قادر می سازد دانش فردی از فرآیندهای هیجانی را شکل داده و هشیاری هیجانی وی برانگیخته می کند و بدین صورت فرد بیمار توجهش را به هیجان بیشتر کرده و وضوح هیجانی شکل می گیرد (هارادولا، ۲۰۱۶). با افزایش توجه و وضوح هیجانی، نشانه های فراهیجان منفی در حافظه بیمار ثبت شده و تمایل به واکنش به هیجان را افزایش می یابد و نهایتاً این واکنش منفی به هیجان موجب می گردد تنظیم هیجانی بیمار دچار اختلال شده و بیمار را درگیر قضاوت های ناهشیارانه غلط و سریع نماید و در این حالت بیمار در دام اندیشیدن های مکرر در مورد علل و عواقب تجربه های هیجانی منفی گرفتار شده و در شناخت هیجانات مشکل زا ناکام مانده و منفعلانه به تفکر تکراری در مورد شناخت هیجانات منفی و علل آن ها می پردازد (سقزی و همکاران، ۱۳۹۹) و این ها همه نشانه های درگیر شدن فرد به نشخوار ذهنی بیانگ وجود رابطه بین باورهای فراهیجانی منفی و نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی می باشد. لذا می توان نتیجه گیری کرد که باورهای فراهیجانی منفی موجب تشدید نشخوار ذهنی بیمار می گردد.

¹ Norman & Furnes,

² . Nowakawska.k., Atl

³ . Patel A. & Atal

⁴ . Vidal_Arenas

از طرف دیگر بین تحریفات شناختی در موقعیت‌های فردی و نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی رابطه وجود دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش احمدپور (۱۴۰۱) نیز همخوانی داشته است.

مطابق مدل شناختی، انسان‌ها برای توصیف موقعیت‌ها، آن‌ها را تفسیر می‌نمایند و این تفسیرها غالباً از طریق افکار خودآیند صورت می‌گیرد که غالباً منفی بوده و افراد آن‌ها را درست می‌انگارند. در حالی که بیشتر اوقات این افکار به نوعی تحریف شده بوده و براساس تمایلات ذاتی به منطق و تجربه استوار نمی‌باشند. این افکار، فرآیندهای شناختی را نامنظم و مغشوش می‌نمایند. این مشکل گاه‌ها به صورت‌های متفاوت در افکار و اعمال بیمار نمایان می‌شود. بطوری که بعضی مواقع فرد قادر به تعبیر بینابینی بین واقعیت‌ها نبوده و به اشتباه آن‌ها را به صورت همه یا هیچ تفسیر نموده و دچار تفکر دو قطبی می‌شود، یا با توجه به چند حادثه منفی رخ داده، تعمیم‌های افراطی نموده و هر پیشامد منفی و ناکامی را شکستی تمام عیار تلقی می‌کند. همچنین آن‌ها با پذیرش مسئولیت کارهایی که به عهده آن‌ها نیست دچار حس شرمندگی و بی‌کفایتی می‌شود. همه این موارد ابعاد تحریفات شناختی فردی می‌باشند که موجب آثار منفی و فیزیولوژیک و اختلالات خلقی می‌شود که از نشانه‌های علائم اصلی آن می‌توان به بی‌رمقی، بی‌علاقگی، درمانده بودن، تفکر مکرر و طولانی در مورد اتفاقات ناخوشایند و استدلال ناکامی و تعمیم دادن آن به وقایع و اتفاقات، اختلال در تمرکز و شناخت عاطفه منفی اشاره کرد که همگی از ویژگی‌های نشخوار ذهنی می‌باشند بنابراین می‌توان استدلال کرد که تحریفات شناختی فردی موجب ایجاد و تشدید نشخوار ذهنی در بیماران دیالیزی می‌گردد. لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بین تحریفات شناختی فرد و نشخوار ذهنی رابطه معکوس وجود دارد.

بر اساس یافته‌های تحقیق بین تحریفات شناختی در موقعیت‌های اجتماعی و نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی رابطه وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های طالبی فر و اکبری (۱۴۰۱) و عالیزاده (۱۴۰۰) همخوانی دارد.

مطابق متون نظری بحث شده در فصل دو، تحریفات شناختی اجتماعی بیانگر نوعی انحراف و خطاهای شناختی در مورد درک تفسیر اطلاعات و یا رویدادهای اجتماعی می‌باشند. به طوری که بیمار در مورد حوادث و رویدادهای پیرامون خود دچار افکار و تفسیرهای اغراق‌آمیز منفی و غیرمنطقی می‌گردد و یا در مورد آنها قضاوت زود هنگام و غلط نمود و برچسب‌های منفی می‌زند و یا ممکن است حوادث و اتفاقات را بزرگ‌نمایی و یا کوچک‌نمایی می‌کند. این انحرافات از منظر پردازش اطلاعات هم قابل مطالعه بررسی می‌باشد که منجر به ارزیابی‌ها غیرمنطقی و تفسیرهای غلط وقایع می‌شود (برنز، ۱۳۹۸). نهایتاً این تفکر و تفسیرهای غیرمنطقی و غلط زمینه بروز اختلالات خلقی، عدم توانایی در تطابق با محیط پیرامون، بزهکاری، خشونت و رفتارهای ناسازگارانه اجتماعی می‌گردد (کاوینو، ۲۰۱۳) که با نشخوار ذهنی مرتبط می‌باشند. لیکن با توجه به اینکه بیشتر زمینه‌های نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی در حوزه فردی می‌باشد که به نظر می‌رسد دلیل عمده آنها ارتباط ضعیف و کم زمینه‌های نشخوار این بیماران با حوزه زندگی و فعالیت اجتماعی آنها باشد. مطابق تحلیل آماری داده‌های جمع‌آوری شده بین تحریفات شناختی در موقعیت‌های اجتماعی و نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی رابطه وجود دارد مطابق تحلیل آماری‌های معنادار نشان نمی‌باشد. بنابراین بین تحریفات شناختی در موقعیت‌های اجتماعی و نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی رابطه وجود ندارد.

روش تحقیق این پژوهش همبستگی و تحلیل رگرسیون بوده و رابطه علی و معلولی مورد مطالعه قرار نگرفته است که می‌تواند یک محدودیت محسوب گردد. لذا پیشنهاد می‌گردد محققان دیگر این رابطه را با متغیرهای دیگری غیر از تحریفات شناختی و باورهای

فراهیجانی در پیش‌بینی نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی مورد مطالعه قرار دهند. همچنین برای گردآوری داده‌های مورد نیاز برای تحلیل داده‌ها از پرسشنامه استفاده شده است، و محدودیتی که استفاده از پرسشنامه دارد، این است که؛ ممکن است آزمودنی با دقت سؤالات را نخوانده و جواب درست ندهد و امکان سوگیری و خودگزارشی در تکمیل پرسشنامه‌ها وجود داشت، برای اطمینان بیشتر پیشنهاد می‌گردد این تحقیق با ابزار مصاحبه ساختمان نیز انجام شود.

با توجه به وجود رابطه بین باورهای فراهیجانی مثبت و نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی به منظور درمان نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی پیشنهاد می‌گردد از شیوه‌های درمانی، واقعیت درمانی، خودکنترلی تحت تأثیر آموزش تنظیم هیجان و آموزش ذهن آگاهی تحت نظر یک درمانگر کارآموزده استفاده گردد.

همچنین درمانگر کمک‌کمد تا بیمار دانش و بینش خود را از طریق افزودن به توجه و وضوح هیجانات خود از زندگی هیجانی‌اش باورهای فراهیجانی مثبت خود را تقویت و زمینه‌درگیری با اختلال نشخوار ذهنی کاهش دهد. خود بیماران نیز به صورت خودخواسته بدنبال تجربه هیجانات مثبت مانند شفقت و علاقه‌مندی و ... باشند تا با افزایش این نوع گرایشات و تمایلات باورهای فراهیجانی مثبت تقویت و زمینه‌های درگیر شدن با نشخوار ذهنی کاهش یابد.

همچنین با توجه به وجود رابطه بین باورهای فراهیجانی منفی و نشخوار ذهنی بیماران دیالیزی با نشانگان افسردگی پیشنهاد می‌گردد این بیماران در طی دوره‌های آموزشی تنظیم هیجان توانایی‌هایی مانند: شناخت و فهم هیجان‌های خود، توانایی کنترل رفتارهای تکانشگرانه و رفتار کردن در تطابق با اهداف مورد نظر در زمان تجربه هیجان‌های منفی، ارزیابی هیجان‌ها و فراهیجان‌های خود و توانایی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی را کسب نمایند. و نهایتاً با توجه به تأیید ارتباط تحریفات شناختی در موقعیت‌های فردی با نشخوار ذهنی لازم است درمانگران برای کاهش تأثیر تحریفات شناختی بر نشخوار ذهنی از شیوه‌های درمانی، شناخت درمانی، روش درمانی شناختی رفتاری، روش درمانی عقلانی عاطفی و شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده گردد. همچنین بیماران تحت آموزش‌هایی در زمینه کاهش سوگیری‌های تفسیر سوگیرانه، انتظار سوگیرانه و استدلال عاطفی قرار گیرند تا قادر به بهبود تفسیر وقایع پیرامونی و تنظیم انتظارات و یادگیری استدلال نمودن منطقی به جای استدلال احساسی محقق گردد. و در صورت لزوم از مشاوره‌ها و آموزش‌هایی در زمینه‌های تفسیر واقعیات، اصلاح شیوه اندیشیدن و بهبود نگرش جهت بهبود و ارتقاء شیوه‌پردازش اطلاعات به بیماران داده شود.

سپاسگزاری

از همه افرادی که در مراحل مختلف این پژوهش یاری گر ما بودند، سپاسگزاریم.

تعارض منافع

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

منابع

برنز، دیوید. (۱۳۹۸). شناخت درمانی روان‌شناسی افسردگی. ترجمه مهدی قراچه باغی (۲۰۰۸). تهران: دایره.

حسینی، ج، آزادفلاح پ، رسول زاده طباطبایی س، عشایری ح. (۱۳۸۷). بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس ابعاد روان نژندی گرای و برون گرایی. تازه‌های علوم شناختی، ۱۱(۴)، ۱-۱۳.

خرم نیا، صمد. فروغی، علی اکبر.، گودرزی، گلغام.، بهاری بابادی، مهرداد. و طاهری، امیرعباس. (۱۳۹۹). بررسی نقش شفقت به خود و نشخوار ذهنی در پیش‌بینی افسردگی مزمن. مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۷(۱)، ۲۹-۱۵.

رضایی، نورمحمد.، پارسایی، ایمان.، نجاتی، عصمت.، نیک‌آمال، میترا و هاشمی رزینی، سعداله. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. تحقیقات روانشناخت، ۶(۲۳)، ۱-۱۲.

سقزی، ع.، یزدانی، اسفید. و اجانی، ح. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای فراشناخت مثبت و فراشناخت. هیجان در رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با اضطراب کرونا. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۱(۴۳)، ۳۳-۶۲.

فلک بند، ن. (۱۳۹۶). مقایسه تحریفات شناختی، بهزیستی روانشناختی و سبک‌های مقابله‌ای زنان در حال طلاق و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی واحد ارسنجان.

عالیزاده، شکوفه.، هارون رشیدی، همایون، کاظمیان مقدم، کبری. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و تحریف‌های شناختی زوجین درگیر در پیمان شکنی زناشویی فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۰(۲): ۴-۳۵.

طالبی‌فر، سارا.، اکبری، مهرداد. (۱۴۰۱). رابطه بین تحمل پریشانی و نشخوار فکری با سلامت روان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در شهرستان دزفول. اولین همایش ملی روانشناسی و کیفیت زندگی، شیراز.

کاظمی پور، ا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) بر پریشانی روانشناختی، باورهای فراهیجانی، میزان پذیرش و رشد پس از آسیب بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال همایند با استرس. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه لرستان.

Ellis, A., (2003). Reasons Why Rational Emotive Behaviour Therapy is Relatively Neglected in the Professional and Scientific Literature. Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 21: 245-252.

Covino, F. E. (2013). Cognitive Distortions and Gender as Predictors of Emotional Intelligence. Phd thesis of psychology. Dissertation Submitted to Northcentral University. Prescott Valley, Arizona.

Harris, D. C., Davies, S. J., Finkelstein, F. O., Jha, V., Donner, J., Abraham, G., . . . Zhao, M. (2019). Increasing access to integrated ESKD care as part of universal health coverage. Kidney International, 95(4). doi: 10.1016/j.kint.2018.12.005.

Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2019). Meta-emotions and the complexity of human emotional experience. New Ideas in Psychology, 55, 42-49.

Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., & Schüssler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. Personality and Individual Differences, 46(4), 448-453.

- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1991). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology* 102, (1), 20-28.
- Nowakowska-Domagala, A. & Alt, (2022). Chronotype and poor sleep quality in young adults - a pilot study on the role of rumination. *Sleep*
- Palmieri S, Mansueto G, Scaini S, Caselli G, Sapuppo W, Spada MM, et al. (2021). Repetitive negative thinking and eating disorders: a meta-analysis of the role of worry and rumination. *J Clin Med*; 10(11): 2448.
- Patel A. & Alt. (2023). Associations between rumination, depression, and distress tolerance during CBT treatment for depression in a tertiary care setting. *Journal of Affective Disorders* Volume 339, 15 October 2023, Pages 74-81.
- Schouten RW, Haverkamp GL, Loosman WL, Shaw PK, van Ittersum FJ, Smets YF, Vleming LJ, Dekker FW, Honig A, (2019). Siegert CE. Anxiety symptoms, mortality, and hospitalization in patients receiving maintenance Dialysis: a cohort study. *American Journal of Kidney Diseases*.;74(2):158-66.
- Schouten RW, Nadort E, Harmse V, Honig A, van Ballegooijen W, Broekman BF, Siegert CE. (2020). Symptom dimensions of anxiety and their association with mortality, hospitalization and quality of life in dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*.;1(2):10-15.
- Smets J, Wessel I, Schreurs E, Raes F. (2011). The interplay between rumination and intrusions in the prediction of concurrent and prospective depressive symptoms in two nonclinical samples. *The Psychological Record*.; 62(4):777-88.
- Watkins, Ed., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Difference*, 30, 723-734.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema. (2003). Ruminative reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 27(3), 247-259.