

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری در افراد دارای اختلال افسردگی *Effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination in people with depressive disorder*

معصومه صادقی

Masoumeh Sadeghi
Department of Psychology, Ga.C., Islamic Azad
University, Garmsar, Iran
Email: sadeghi2002@iau.ac.ir

گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
Email: sadeghi2002@iau.ac.ir

Abstract

Aim: The main objective of this study was the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on rumination in people with depression in Karaj city. **Method:** The current study was an intervention type with a pre-test-post-test design. The participants were selected by available sampling method of 30 people in two groups of 15 people, test and control. The statistical population of this research included all the people who referred to the counseling centers of Mena and Aram in Karaj in 1402 with a diagnosis of depression. Tool: The research tool included Nolen Hoeksma and Maro (1991) rumination questionnaire. The intervention of cognitive-behavioral therapy was implemented during 8 sessions of 1 to 1.5 hours. The research data were analyzed using descriptive statistics (central tendency and dispersion indices) and inferential (covariance analysis) methods in spss-22 program. **Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy has a positive and significant effect on reducing rumination ($ES=0.786$) ($P<0.001$). **Conclusion:** Using cognitive-behavioral therapy as an effective treatment can affect depression and its symptoms and help the affected people. **Keyword:** cognitive-behavioral therapy, mental disorder, depression, rumination

چکیده

هدف: هدف اصلی پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشخوار فکری در افراد دارای اختلال افسردگی در شهر کرج بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود. شرکت کنندگان با روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل انتخاب شدند. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده با تشخیص افسردگی به مراکز مشاوره معنا و آرام در شهر کرج در سال ۱۴۰۲ بودند. ابزار: ابزار پژوهش شامل پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) بود. مداخله درمان شناختی- رفتاری طی ۸ جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعت اجرا گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی) و استنباطی (تحلیل کواریانس) در برنامه spss-۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان - شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری ($ES=0.786$) تأثیر مثبت و معناداری دارد ($P>0.001$). **نتیجه‌گیری:** به‌کارگیری درمان شناختی - رفتاری به‌عنوان یک درمان مؤثر می‌تواند بر تعدیل افسردگی و علائم آن تأثیر گذاشته و بر بهبودی افراد مبتلا کمک کند. **کلمات کلیدی:** اضطراب مرگ، سبک‌های دلبستگی، دشواری در تنظیم هیجان

کلمات کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، اختلال روانی، افسردگی، نشخوار فکری.

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۰

مقدمه

اختلالات افسردگی در طی تاریخ روان‌شناسی به علت پیامدهای ناگوار و شیوع بالا همواره مورد توجه قرار گرفته است و امروزه به‌قدری شایع شده که سرماخوردگی روانی لقب گرفته است (سلیگمن، روزنهان و والکر^۱؛ ترجمه رستمی و همکاران، ۱۳۹۳: ۹۸). شیوع افسردگی در طول عمر برای زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان ۵ تا ۱۲ درصد پیش‌بینی شده است (مرلی و مران^۲، ۲۰۱۱). همهٔ انسان‌ها در مقطعی از زندگی خود احساس افسردگی می‌کنند و معمولاً می‌توانند علت این افسردگی را به رویدادهای مشخصی، از جمله فقدان و شکست، نسبت دهند. اکثر مردم می‌توانند این احساس‌های منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی بازگردند، اما برای بعضی افراد، نشانه‌های افسردگی به مدت طولانی باقی می‌ماند و در زندگی شخصی و تمام جنبه‌های هیجانی، انگیزشی، رفتاری، شناختی و جسمانی افراد تأثیر می‌گذارد. درنهایت این تأثیر ممکن است به افسردگی بالینی و پاتولوژیک منجر شود (گنجی، ۱۴۰۰: ۱۲۳)؛ درواقع افسردگی نوعی اختلال خلقی است که باعث احساس پایدار غمگینی و فقدان علائق می‌شود (سالیک و مارواها^۳، ۲۰۱۹) و نوعی اختلال عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال معمولاً مزمن، عودکننده و به‌طور بالقوه تهدیدکننده زندگی است و با علائم نارضایتی، از دست دادن توان و علائق گذشته، اعتمادبه‌نفس پایین، احساس غم و گناه، عدم تمرکز، داشتن افکار خودکشی، کندی یا بی‌قراری روان - حرکتی، افزایش یا کاهش وزن، فقدان لذت، خستگی روانی جسمانی، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است (سادوک و سادوک^۴؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳: ۱۰۷).

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی است که با توجه به شیوع بالا و هزینه‌های بهداشتی توجه بسیاری از متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (آفتاب، ۱۳۹۵). اختلال افسردگی یک اختلال روانی شدید و یکی از دلایل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است (زرنر و همکاران^۵، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افسردگی، همچنان یک تهدید جدی برای بهداشت و سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد محسوب می‌شود و منجر به اختلال‌های روان‌شناختی همایند می‌شود و خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (اینگرام^۶، ۲۰۱۶). افسردگی موجب افت کاری و آموزشی، کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه و پیدایش مشکلات شغلی و خانوادگی است (کاپلان و سادوک^۷، ۲۰۱۵؛ به نقل از صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۷). این اختلال یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌های نیروی

1. Seligman, Rosenhan & Walker.

2. Morley & Moran

3. Salik, I., & Marwaha, R.

4. Saduk BJ, Sadook VA.

5. Zrenner, B & et al

6. Ingram, R

7. Kaplan, H. & Sadock

کار است که طبق نظر سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۳۰ افسردگی به‌تنهایی مهم‌ترین علت هزینه‌های بیماری خواهد بود (گاسک و چو گراهام^۱، ۲۰۱۴؛ به نقل از مویدفر، ۱۳۹۸). یکی از مکانیسم‌های آسیب‌شناختی روانی زیربنایی افسردگی، نشخوار فکری است.

نشخوار فکری را عموماً افکار تکرارشونده منفی درباره نگرانی‌های شخصی و علل خلق منفی تعریف می‌کنند (نولن هوکسما، ویسکو و لیومبریسکی^۲، ۲۰۰۸). نشخوار فکری باعث آسیب‌هایی از قبیل عواطف شدید منفی، علائم افسرده‌ساز، تفکر سودار منفی، حل مسئله ضعیف، تمرکز و شناخت آشفته و فشار روانی بیشتر می‌شود. همچنین از طریق حفظ توجه روی محتوای منفی و از راه به تعویق انداختن مقابله فعال و مؤثر سبب افسردگی عمیق‌تر می‌گردد (پاپاگوئرو و ولز^۳، ۲۰۰۴). در پژوهش‌های مختلف نقش نشخوار فکری در شروع و تداوم افسردگی تأیید شده است. به اعتقاد واتکینز^۴، پژوهش‌ها و تجارب بالینی نشان می‌دهد نشخوار فکری عاملی کلیدی در مفهوم‌سازی افسردگی است که اغلب از آن غفلت می‌شود. به عبارت دیگر نشخوار فکری به‌عنوان افکار مکرر، انعطاف‌ناپذیر عودکننده و کنترل‌ناپذیر درباره رویدادهای گذشته، ازجمله مشکلات مهم بیماران مبتلا به افسردگی است. نشخوار با تداخل در تمرکز و توجه فرد، مانع برطرف شدن خلق غمگین می‌شود. به‌عنوان مثال وقتی که فرد افسرده یا غمگین است، به گوشه‌ای پناه می‌برد و غرق در تفکر راجع به مشکلات گذشته و فعلی خود می‌شود، بدون آنکه بتواند چنین افکاری را نظم بدهد و از آن‌ها در قالب یک فرآیند حل مسئله برای گره‌گشایی از مشکلات خود استفاده کند (انصاری و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند موجب کاهش عواطف منفی و نشخوار فکری در بیماران افسرده شود، درمان شناختی - رفتاری است. این نوع درمان را آرون بک در دهه ۶۰ میلادی توسعه داده است. (هالبر، ۲۰۱۶؛ به نقل از هاشمی و خدمتگزار، ۱۴۰۲)؛ درواقع درمان شناختی - رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری و یک مداخله درمانی رایج برای درمان افسردگی است. (هدایت و همکاران، ۱۴۰۲). در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه فرد افسرده بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته استفاده می‌شود. این رویکرد می‌تواند ترکیبی از روش‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی، بازسازی شناختی، حل مسأله و تلقیح استرس باشد. این رویکرد افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش کشیده با آموزش روش‌های مقابله، گفت‌وگوی درونی و راهبردهای حل مسأله در جهت ارتقای رفتارهای اجتماعی، افزایش صمیمیت و ارتباط مثبت می‌کوشد (کرایگ^۵، ۲۰۰۱؛ به نقل از شیرزاد، ۱۳۹۹). روش شناختی - رفتاری که در سطوح مختلف به حل مشکلات روانی افراد می‌پردازد، اهمیت زیادی بر شناخت و افکار انسان قائل است و نوع این افکار و شناخت‌ها را در سلامت یا عدم سلامت روان بسیار سهم می‌داند

1. Gask & Chew-Graham

2. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S.

3. Papageorgiou C, Wells A

4. Watkins ER

5. Craig

(توکلی، کاظمی و زهرانی، ۲۰۱۸). مداخله درمان شناختی - رفتاری یک مدل درمانی مناسب است که به دلیل ماهیت آموزشی بودن در موقعیت‌های مختلفی استفاده می‌شود. در مطالعات پیشین اثربخشی این مدل درمانی در سایر مشکلات روانی نیز مورد بررسی قرار گرفته است (پارت و همکاران^۱، ۲۰۱۶)؛ به‌طوری‌که ماک و چان^۲ (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری نقش مؤثری در کاهش تنش‌های روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد داشته است. فرض بنیادین این نوع درمان آن است که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلالات روان‌شناختی می‌شود و بر نقش محوری باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی تأکید می‌کند (ولی زاده و همکاران، ۱۳۹۹). این پژوهش درصدد پاسخ به این سؤال می‌باشد که آیا درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری در افراد افسرده اثربخش است؟

روش

این تحقیق از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی است که تأثیر متغیر مستقل درمان شناختی - رفتاری را بر متغیر وابسته نشخوار فکری در افراد دارای اختلال افسردگی مورد بررسی قرار می‌دهد که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این تحقیق، شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده با تشخیص افسردگی به مراکز مشاوره معنا و آرام شهر کرج در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد که از بین جامعه آماری ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در هر گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: رضایت به شرکت در پژوهش، ابتلا به افسردگی با تأیید مرکز مشاوره، بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و معیارهای خروج غیبت بیش از دو جلسه، عدم مشارکت فعال در جلسات و انجام ندادن تکالیف و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات بود.

ابزار

. پرسشنامه نشخوار فکری: نولن هوکسما و مارو^۳ (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. نحوه نمره‌گذاری: پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی کنند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر می‌باشد. نمره کل نشخوار فکری از طریق جمع ماده‌ها محاسبه می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط منصوری و دیگران (۱۳۸۹) مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن تأیید شده است و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آوردند. پژوهش منصوری و دیگران (۱۳۸۹) نشان داد: اعتبار پیش بین مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیربالینی با کنترل متغیرهایی مانند سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا پیش‌بینی کند. همبستگی درون طبقه‌ای پنج بار اندازه‌گیری شد و ۰/۷۵ گزارش گردید. لطفی نیا

1. Pratt D, & et al

2. Mak VW, Chan CK

3. Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J.

(۱۳۸۶) ضرایب پایایی آن را با اجرا بر روی ۵۴ دانشجو با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ محاسبه کردند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۰/۶۷ است. پرسشنامه پاسخ‌های نشخواری برای اولین بار توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹)، بر پایه شواهد تجربی از پایایی درونی بالایی برخوردار بود و آلفای کرونباخ ۰/۶۷ قرار داشت (تقوی قراملکی و محب، ۱۳۹۹).

روند اجرا

در این تحقیق پژوهشگران بعد از کسب اجازه از مراکز مشاوره معنا و آرام شهر کرج به این کلینیک‌ها مراجعه کرده و پس از معرفی خود به مسئولین اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کردند. پس از کسب موافقت مسئولین بخش، کار نمونه‌گیری آغاز گردید. در ادامه ۳۰ نفر از افرادی که معیارهای ورودی را داشتند، با اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و از طریق جایگزینی تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. سپس تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند و این نمرات به عنوان نمرات مرحله پیش‌آزمون ثبت شد. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعت درمان شناختی- رفتاری دریافت کرد، ولی گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکرد. در نهایت و پس از آموزش، هر دو گروه بار دیگر پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند و نمرات آن به عنوان پس‌آزمون ثبت و تحلیل شد. گروه آزمایش تحت مداخله ذکر شده قرار گرفت، اما در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفت. همچنین در پایان مطالعه تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمایش در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد. ساختار جلسات بر اساس درمان شناختی رفتاری لیهی و همکاران، ۱۴۰۱ با ساختار ۸ جلسه‌ای طبق جدول ۱ بود. هر هفته یک جلسه و هر جلسه در یک تا یک و نیم ساعت با حضور درمانگر و کمک درمانگر آشنا به درمان شناختی رفتاری انجام شد.

جدول ۱. ساختار درمان شناختی رفتاری نشخوار فکری (رابرت لیهی، ۱۴۰۱)

جلسات	اهداف هر جلسه
یکم	- آشنایی مراجعان با قوانین، بیان برنامه تدوین شده برای درمان، بیان مختصر مشکل و هدف هر یک از آن‌ها برای شرکت در جلسات درمان - ارائه توضیح کلی در خصوص درمان شناختی- رفتاری برای بیمار - تهیه فهرستی از مشکلات فعلی بیمار - تعیین نقش در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی - بررسی انتظارات مراجع از نتایج درمان و آگاه‌سازی بیمار از تشخیص و تعیین اهداف درمانی - بررسی علائم و ارزیابی شناختی- رفتاری بین فردی - ارائه تکالیف‌هایی برای شناسایی افکار و احساسات و وقایع
دوم	- مرور و بررسی تکالیف خانگی - شناسایی آماج رفتاری (کمبودها و بیش‌بودهای رفتاری) - آموزش برنامه‌ریزی پاداش و زمان‌بندی فعالیت به بیمار - تشویق بیمار برای افزایش رفتارهای خود پاداش دهی - ارزیابی و درمان بی‌خوابی - ارائه تکالیف خانگی

سوم	- آموزش ارتباط بین افکار خودآیند و احساسات به بیمار - آموزش دسته‌بندی افکار خودآیند تحریف شده به بیمار - شناسایی و به چالش کشیدن افکار خودآیند - ارزیابی دلایل ناامیدی و به چالش کشیدن آن‌ها - امضای قرارداد عدم خودکشی - به چالش کشیدن افکار کسالت‌بار و غیرلذت بخش - ارائه تکالیف خانگی
چهارم	- مرور و بررسی تکالیف خانگی - تحلیل عملکردی نشخوار و تعیین نقش آن و تغییر احتمالات محیطی به وجود آورنده نشخوار - ارائه مدل شناختی - رفتاری برای تحریف شناختی و نشخوار ذهنی. - تشویق بیمار برای کاهش میزان نشخوار فکری و رفتارهای انزوا طلبانه/ منفعلانه - یافتن عملکردهای جایگزین برای نشخوار؛ کار کردن روی ارزش‌ها - ارائه تکالیف خانگی
پنجم	- مرور تکالیف گذشته - تعیین آماج درمانی ناامیدی، درماندگی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، خودانتقادگری، نشخوار فکری، فقدان انرژی و فقدان احساس لذت - تکمیل کاربرگ ثبت روزانه افکار خودآیند ناکارآمد بیمار - به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی اختصاصی برای چالش با افکار خودآیند منفی - شناسایی و به چالش کشیدن مفروضه‌های ناکارآمد بنیادین - ارائه تکالیف منزل
ششم	- مرور و بررسی تکالیف خانگی - آموزش مهارت حل مساله به بیمار و تشویق او برای تمرین آن - ادامه شناسایی و چالش کشیدن افکار خودآیند مشکل‌ساز و تکراری - ادامه آموزش مهارت‌های اجتماعی و جرأت مندی - ارائه تکالیف منزل
هفتم	- مرور تکالیف جلسه گذشته - شناسایی طرح‌واره‌های ناکارآمد - بررسی منشأ طرح‌واره‌ها و ارزیابی نحوه تأثیرگذاری طرح‌واره‌ها بر رویدادهای مهم زندگی - ادامه شناسایی و چالش با مفروضه‌ها و افکار خودآیند مشکل‌ساز و تکراری - کمک به بیمار برای توسعه طرح‌واره‌ها و مفروضه‌های واقع‌بینانه - ارائه تکالیف منزل
هشتم	- مرور تکالیف گذشته - مرور و بررسی افکار خودآیند قدیمی و ادامه چالش با آن‌ها - برنامه‌ریزی برای اتمام تدریجی درمان - تأکید بر درمان ضد نشخوار فکری - کمک به بیمار برای شناسایی مداخلات مؤثر و مداخلات بی‌تأثیر از دیدگاه او - کمک به بیمار برای بررسی دوره‌های افسردگی گذشته خود و ارائه راهبردهایی برای پیشگیری از افسردگی در آینده

یافته‌ها

جهت بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری از تحلیل کوواریانس استفاده شد و تحلیل داده‌ها در تمامی مراحل در نرم‌افزار SPSS22 صورت گرفت.

جدول ۲. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان برحسب جنسیت

مدت‌زمان ازدواج	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۶	۲۰
زن	۲۴	۸۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک جنسیت آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۲۰ درصد (۶ نفر) مرد و ۸۰ درصد (۲۴ نفر) نیز زن بودند و تعداد زنان بیشتر از مردان است

جدول ۳. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان برحسب سن

سن	فراوانی	درصد فراوانی
۲۰-۳۰ سال	۱۳	۴۳,۳
۳۱-۴۰ سال	۱۱	۳۶,۷
۴۱-۵۰ سال	۶	۲۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک سن آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۴۳,۳ درصد (۱۳ نفر) بین ۲۰ تا ۳۰ سال؛ ۳۶,۷ درصد (۱۱ نفر) ۳۱ تا ۴۰ ساله و ۲۰ درصد (۶ نفر) نیز ۴۱ تا ۵۰ ساله بودند و تعداد بیماران با سن ۲۰ تا ۳۰ سال بیشتر از بقیه است.

جدول ۴. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان برحسب میزان تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
سیکل و پایین‌تر	۸	۲۶,۷
دیپلم	۱۶	۵۳,۳
لیسانس و بالاتر	۶	۲۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک میزان تحصیلات آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۲۶,۷ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات سیکل یا پایین‌تر، ۵۳,۳ درصد (۱۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و ۲۰ درصد (۶ نفر) نیز دارای تحصیلات لیسانس یا بالاتر بودند و تعداد افراد دارای تحصیلات دیپلم بیشتر از بقیه است.

در این قسمت، میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش، قبل از مداخله و بعد از مداخله در نشخوار فکری در جداول مربوطه ارائه شده است.

جدول (۳): شاخص‌های نیکویی برازش الگوی تصحیح و تأیید شده

CFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ^2/df	DF	χ^2
۱/۰۰	۰/۹۸	۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۲	۱/۴۶

جدول ۵. شاخص‌های مرکزی نمره‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در نشخوار فکری

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نشخوار فکری	کنترل	۱۵	میانگین ۶۲٫۵۳ انحراف معیار ۱۵٫۴۳	میانگین ۶۲٫۱۳ انحراف معیار ۱۵٫۰۹
	آزمایش	۱۵	میانگین ۶۲٫۴۷ انحراف معیار ۱۵٫۶۳	میانگین ۵۶٫۳۳ انحراف معیار ۱۵٫۸۸

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین نشخوار ذهنی در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۶۲/۴۷ و ۶۲/۵۳ است و همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون (قبل از مداخله)، تفاوت فراوانی را در متغیر نشخوار فکری نشان نمی‌دهند؛ بنابراین می‌توان گفت که افراد به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفته‌اند و در ابتدا گروه‌ها، هیچ برتری خاصی از نظر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش، نسبت به هم نداشته‌اند و چنانچه در پس‌آزمون نمرات یک گروه خاص در هر یک از متغیرها به‌طور معناداری افزایش یا کاهش داشته باشد، حاصل از تأثیر مداخلات بوده است.

همچنین با توجه به نتایج جدول ۵، میانگین نشخوار ذهنی در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۵۶/۳۳ و ۶۲/۱۳ به دست آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در مقایسه میانگین‌ها در بخش پس‌آزمون (بعد از مداخله)، تفاوت نسبتاً بالایی بین گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیرهای وابسته وجود دارد.

همان‌طور که گفته شد جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های داده‌های آماری در مورد توزیع نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت، سپس آزمون کوواریانس بررسی شد که نتایج در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیر	تعداد	مقدار K-S	سطح معناداری
نشخوار فکری (پیش‌آزمون)	۳۰	۰/۰۸۱	۰/۲۰۰
نشخوار فکری (پس‌آزمون)	۳۰	۰/۱۱۹	۰/۲۰۰

همان‌گونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، سطح معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنف در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون همه متغیرها به ترتیب برابر با ۰/۲۰ به دست آمد که همه آن‌ها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است و تفاوت معنی‌داری میان تابع توزیع تراکمی مشاهده شده با تابع توزیع تراکمی نرمال مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین توزیع نمرات در تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون آن می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۷. آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
نشخوار فکری (پس‌آزمون)	۲/۳۶۷	۱	۰/۹۵۳	۰/۳۳۸

با توجه به نتایج جدول ۷ و سطوح معناداری به دست آمده هریک از متغیرهای پژوهش که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، فرضیه صفر تأیید شده و داده‌های متغیر نرمال است و برای اجرای آزمون آن می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد که در اینجا ملاحظه می‌شود که سطوح معناداری در مرحله پس‌آزمون برای متغیر نشخوار فکری به ترتیب برابر با ۰/۳۳۸ به دست آمده است و شرایط برای اجرای آزمون‌های پارامتریک برقرار است.

جهت بررسی یکسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن به شرح جدول ۸ است.

جدول ۸. آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروه‌ها

نسبت F	درجه آزادی	سطح معناداری
۰/۰۷۰	۱ و ۲۸	۰/۷۹۳

در جدول ۸ نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد؛ زیرا مقدار $F=0/070$ ، و سطح معناداری برابر ۰/۷۹۳ است و چون از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، پس تفاوت بین واریانس‌ها معنادار نیست و می‌توان تحلیل کوواریانس را ادامه داد.

جدول ۹. تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین گروه‌ها در قسمت پس‌آزمون در متغیر نشخوار فکری

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجزور اتا
پیش‌آزمون	۶۶۵۰/۱۳۲	۱	۶۶۵۰/۱۳۲	۲۶۸۲/۵۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۰
گروه	۲۴۶/۵۷۶	۱	۲۴۶/۵۷۶	۹۹/۴۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۶
خطا	۶۶۹۳۵	۲۷	۲۴۷۹			
کل	۱۱۲۲۷/۰۰۰	۳۰				

جدول ۹ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون نشخوار فکری با کنترل اثر پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مقدار F بین آزمودنی‌ها برابر ۹۹/۴۶۳ و سطح معناداری برآورد شده ۰/۰۰۱ و کوچک‌تر از ۰/۰۵ است که نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات نشخوار فکری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است ($P > 0/001$ و $F = 99/463$) و با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از جدول ۵ در بخش نشخوار فکری در قسمت پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه کنترل برابر ۶۶/۱۳ و میانگین نمرات گروه آزمایش برابر ۵۶/۳۳ است و گروه کنترل از میانگین بالاتری برخوردارند؛ بنابراین، می‌توان گفت: برنامه مداخله‌ای (یک دوره درمان شناختی-رفتاری) بر کاهش نشخوار فکری گروه آزمایش مؤثر بوده است و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر ۰/۷۸۶ است می‌توان گفت که ۷۸/۶ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان نشخوار فکری در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره به‌کارگیری درمان شناختی - رفتاری بوده است. در نتیجه فرضیه مبنی بر اینکه درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی مؤثر بوده است، تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر درمان شناختی - رفتاری موجب کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه گیری

افسردگی شایع ترین اختلال روان پزشکی است که با توجه به شیوع بالا و هزینه های بهداشتی توجه بسیاری از متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. افسردگی اختلالی است که از تعامل پیچیده عوامل و نشانه های شناختی، رفتاری و بیولوژیکی نشأت می گیرد (تیبودیو و همکاران، ۲۰۱۵). مبتلایان به افسردگی معمولاً به وسیله روان درمانی، دارودرمانی و داروهای ضد افسردگی تحت درمان قرار می گیرند. در این پژوهش نیز تأثیر یکی از درمان های رایج در افسردگی؛ یعنی درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری بررسی شد تا شاید بتوان از نتایج پژوهش حاضر در این مسیر استفاده کرد.

نتایج به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) گویای این بود که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، تفاوت میانگین نمرات نشخوار فکری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است ($P > ۰/۰۰۱$ و $F = ۹۹/۴۶۳$)؛ بنابراین، می توان گفت: برنامه مداخله ای (یک دوره درمان شناختی رفتاری) بر کاهش نشخوار فکری گروه آزمایش مؤثر بوده است و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر ۰/۷۸۶ است می توان گفت که ۷۸/۶ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان نشخوار فکری در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره به کارگیری درمان شناختی - رفتاری بوده است. در نتیجه فرضیه مبنی بر اینکه درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است، تأیید می شود؛ به عبارت دیگر درمان - شناختی رفتاری موجب کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش قهاری؛ بزازیان و قدرتی (۱۴۰۱)، جرجانی (۱۴۰۱)، مولر و همکاران^۱ (۲۰۲۰)، تقوی قراملکی و محب (۱۴۰۰)، هونگارد و همکاران^۲ (۲۰۱۹)، اسپینهاون و همکاران^۳ (۲۰۱۸) همسو است. همچنین نتایج این پژوهش به نوعی با نتایج پژوهش گئورگی^۴ (۲۰۲۱)، دیکرسون و همکاران^۵ (۲۰۱۸)، وارکویزیتی و همکاران^۶ (۲۰۱۸) نیز همسو است.

1. Moeller et al

2. Hvenegaard, M. & et al

3. Spinhoven & et al

4. Georgei

5. Dickerson & et al

6. Varkovitzky & et al

طبق نظریه سبک‌های پاسخ نالن هوکسما و همکاران (۲۰۱۵) نشخوار فکری نوعی پاسخ‌دهی به پرنشانی است که در آن، فرد افسرده به‌طور منفعلانه و مکرر بر علائم افسردگی، علل و عواقب آن تمرکز می‌کند. در این نظریه تأکید می‌شود که پاسخ‌های نشخواری نقطه مقابل حل مساله مؤثر و ساختار یافته است؛ به عبارت دیگر مانع بروز رفتارهای مؤثری در کاهش افسردگی می‌شود. درمان شناختی - رفتاری برای کاهش نشخوار فکری شامل توقف فکر و روش‌های منحرف کننده حواس مثبت و آموزش مهارت‌های حل مسئله و یادگیری مهارت‌های تن‌آرامی است. تمرکز بر طرز کار در سطح فرآیند فکری و تأکید بر بناکردن درمان مبتنی بر تجربیات عینی می‌تواند در مقابله با این پدیده متداول و ناتوان کننده مؤثر واقع شود (اسکارچ، ۲۰۱۰). با توجه به تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری در این پژوهش و در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات با تأکید بر مؤلفه‌های شناختی از جمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای بر جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیرواقع‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر داشته و این جایگزینی به‌واسطه افزایش بینش و آگاهی فرد در درک ارتباط بین راه اندازنده‌های وابسته به موقعیت و شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش‌وری می‌تواند مناسب باشد. همچنین این رویکرد توانست به افراد در رهاسازی افکار ناخواسته، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری مبتلایان به افسردگی تأثیرگذار می‌باشد.

منابع

- آفتاب، رؤیا. (۱۳۹۵). نقش میانجیگری دشواری‌های بین فردی در رابطه بین اجتناب تجربی با افسردگی اضطراب. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۱): ۵۲۳-۵۴۲.
- انصاری، بهجت؛ تسبیح‌سازان، سیدرضا؛ خادمی، علی و رضایی، محمدخالد. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرانی، نشخوار فکری، و کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۴): ۲۸۷-۲۹۸.
- تقوی قراملکی، مهدیه و محب، نعیمه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، نگرانی و حساسیت اضطرابی در افراد با نشانه‌های اختلالات اضطرابی. *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی*، سال ۱۴(۵۳): ۱۳-۲۹.
- سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۹۳). *خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه فرزین رضاعی، تهران: ارجمند.
- سلیگمن، مارتین؛ روزنهان، دیوید و والکر، الاین. (۱۳۹۳). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه رضا رستمی و همکاران، تهران: ارجمند.
- شیرزاد، محمد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پرخاشگری و تحریف‌های شناختی دانش‌آموزان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی.
- صدوری دمیرچی، اسماعیل؛ نصرتی بیگزاده، مریم و عبادی راد، سید محمد. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۷(۹): ۲۹۱-۳۰۸.
- صدرمحمادی، رضوان. (۱۳۹۸). بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش اختصاصی سازی خاطرات، فعالسازی رفتاری و درمان شناختی - رفتاری بر نشخواری فکری، نگرش‌های ناکارآمد، حالات خلقی و سازگاری روانی - اجتماعی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان. رساله دکتری تخصصی، دانشگاه لرستان.

گنجی، مهدی. (۱۴۰۰). آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5. تهران: ساوالان.

لیهی، رابرت. (۱۴۰۱). مداخلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی. چاپ هفتم. ترجمه مهدی اکبری و مسعود چینی فروشان. تهران: ارجمند.

مویدفر، همام. (۱۳۹۸). بررسی تعیین رابطه تنظیم هیجان و کمال‌گرایی با علائم افسردگی از طریق میانجیگری نشخوار فکری و بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی متمرکز بر نشخوار فکری در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده. دانشگاه علم و فرهنگ، رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی بالینی.

ولی‌زاده، شاهرخ؛ مکنونی، بهنام؛ بختیار پور، سعید و حافظی، فریبا. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی - شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان. نشریه روان پرستاری، ۸(۴): ۹-۱.

هاشمی، نیلوفر؛ خدمتگزار، حسین. (۱۴۰۲). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، ۱۴(۵۳): ۸۷-۹۸.

هدایت، پریسا؛ فروزنده، الهام؛ خوش اخلاق، حسن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی رویکرد رفتار درمانی شناختی با رویکرد غنی‌سازی زناشویی گاتمن بر افکار خودآیند در زنان متأهل افسرده. فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی، ۱۴(۵۲): ۱-۱۴.

- Ehring, T. (2020). Die Ruminationfokussierte Kognitive Verhaltenstherapie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F ... & Watkins, E. R. (2019). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychological medicine*, 50(1), 1-9.
- Ingram, R. (2016). Depression. *Encyclopedia of Mental Health*, (Second Edition), 26-33.
- Morley, T. E. & Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical Psychology Review*, 31, 1071-1082.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior therapy*, 32(1), 13-26.
- Pratt D, Gooding P, Awenat Y, Eccles S, Tarrier N. Cognitive behavioral suicide prevention for male prisoners: Case examples. *Cognitive and behavioral practice*. (2016) ;23(4):485-501. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.09.006>.
- Salik, I., & Marwaha, R. (2019). *Electroconvulsive Therapy*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of affective disorders*, 241, 216-225.
- Tavakoli Z, Kazemi zahrani H. (2018). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Distress Problems and Self-Regulation in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*., 13(2), DOI: 10.21859/ijnr-13026.
- Zrenner, B., Zrenner, C., Gordon, P. C., Belardinelli, P., McDermott, E. J., Soekadar, S. R., Fallgatter, A. J., Ziemann, U., & Müller-Dahlhaus, F. (2020). Brain oscillation-synchronized stimulation of the left dorsolateral prefrontal cortex in depression using real-time EEG-triggered TMS. *Brain Stimulation*, 1.

