

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی

نرگس عبدالعباس^۱

^۱ دانشگاه آزاد واحد تهران غرب

چکیده

هدف : اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی. روش تحقیق : پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات، تحقیقی توصیفی - پیمایشی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهشی شامل روش پژوهش آزمایشی (طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل برابر) که نمونه تحقیق شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی که بصورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه استاندارد بوده است. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکوا و آنکوا استفاده شده است. یافته های تحقیق: درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. نتیجه گیری: اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر قابل ملاحظه داشته است.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، ناگویی هیجانی، باورهای فراشناختی

مقدمه

افسردگی یکی از معضلات روانشناختی است که سبب ناتوانی در کسب لذت از چیزهایی می گردد که قبلاً برای فرد لذت بخش بوده است. غذا برای فرد بی طعم، فعالیت جنسی بدون لذت، شغل خسته کننده و معاشرت های پرمعنی پیشین پوچ می گردد. غمگینی یکی از خصوصیات افسردگی است. احساس درماندگی، میل به خود ملامتگری، کاهش اعتماد به نفس در این میان شایعترین علائم افسردگی هستند. بی خوابی، بی اشتها، کاهش وزن، تغییرات شبانه روزی خلق به صورت شدت یافتن به هنگام برخاستن از خواب، شکایت های مبهم از سردرد، یبوست بدون علت آشکار، وجود افکار انتحاری تکرار شونده، ناامیدی، بی حوصلگی، بدبینی، احساس بی ارزشی، گناه، گریه های طولانی و زیاد از علائم عمده افسردگی شمرده می شوند (پورافکاری، ۱۳۹۵). افسردگی از جمله تغییرات روان شناختی است که اثرات منفی بر زنان می گذارد. در این افراد اختلالات هیجانی- خلقی مانند گریه کردن، تحریک پذیری، آستانه تحمل پایین، تعاملات اجتماعی پایین با افسردگی ارتباط دارد. افسردگی چنانچه برطرف نشود فرد را دچار استرس می کند و روابط فردی- اجتماعی و سازگاری فردی- اجتماعی را مختل می سازد. پژوهش ها حاکی از آن است که اختلالات هیجانی بیماران را با مشکل روبرو می سازد و عدم سلامت هیجانی بر روند بیماری اثر منفی می گذارد (نورعلی، فریده، ۱۴۰۰). خالقی (۱۳۹۵) در مطالعه ای به مقایسه ناگویی هیجانی بیمار مبتلا به افسردگی با افراد سالم پرداخت و نتایج نشان داد که بیماران ناگویی هیجانی به مراتب بالاتری دارند. یکی از مشکلات حاد بیماران مبتلا به افسردگی به دلیل مشکلات هیجانی و استرس های ناشی از بیماری ناتوانی در بیان هیجان یا ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی به عنوان یک پدیده هیجانی شناختی به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می شود که در نتیجه فرآیند بازداری خودکار اطلاعات، احساسات هیجانی به وجود می آید. وجود ناگویی هیجانی در افراد ویژگی چون ناتوانی در بازشناسی، توصیف کلامی هیجان های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین، آشکار سازی بازخوردها، احساس، تمایل، سایق ها را محدود می کند. ناتوانی در بکارگیری احساس، هیجان به عنوان علایم مشکل هیجانی، کاهش یادآوری روایا، دشواری در تمایز بین حالت های هیجانی، حس های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی، خودآگاهی دارد که می تواند عملکرد فرد را تحت تاثیر قرار دهند (سیفونس^۱، ۲۰۱۶). از طرفی در زنان مبتلا به افسردگی، نگرانی بالا، باورهای فراشناختی را ارتقا می دهد (اریکسن^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق دیدگاه فراشناختی، باورهای فراشناختی از مولفه های اصلی در شروع افسردگی است. به دلیل سبک تفکر، ناسازگاری و باورهای فراشناختی پیش بینی کننده تجربه احساسات منفی مانند اضطراب، استرس، افسردگی می شوند (پورنامداریان و همکاران، ۱۳۹۶). باورهای فراشناختی از عوامل مؤثر در وضعیت سلامت روانی هستند. باورهای فراشناختی، باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری، اهمیت، خطرناک بودن افکار، تجربه های شناختی مربوط می شوند. این باورها مسبب اختلالاتی می شوند که سبک تفکر، سازگاری فرد را تحت تاثیر قرار می گیرد و بی اختیار به تأکید، تقویت پاسخ های هیجانی پیش می روند که بیشتر از همه ناشی از تکرار نشخوارفکری و نگرانی است (سیفونس^۳، ۲۰۱۶). می توان گفت برای بهبود این مشکلات هیجانی- شناختی در زنان مبتلا به افسردگی درمان به شیوه شناختی- رفتاری می تواند موثر باشد. الکس، (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند درمان شناختی- رفتاری رویکرد موثری است. در این درمان چرخه معیوب مشکل می شکند و فرد تشویق می شود تا رابطه میان افکار منفی، احساس ناکارآمدی خود را جستجو نماید. درمانگر سعی می کند درمانجو را به نوعی تجربه همکاری تشویق کند و در طی آن از تجارب خود بیمار در یک رشته آزمایش های رفتاری به منظور ارزیابی درست یا نادرستی آن باورها سود برد (نلسون و جونز، ۲۰۱۹).

در این نوع درمان عوامل پدیدار مشکلات روانشناختی و جسمانی از جمله عوامل رفتاری مثل برنامه های نامنظم، عادات نامناسب و عوامل روانی مثل انتظارات غیرواقعی، نگرانی و باورهای زیانبخش و عوامل فیزیولوژیک مثل تنش جسمی،

^۱ Sifneos^۲ Ericson^۳ Sifneos

برانگیختگی بیش از حد، تعدیل می یابد. این روش، یک درمان منطقی است زیرا در آن فرد می آموزد که افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه در نظر بگیرد که باید اعتبار آن آزموده شود. این درمان رویکردی آموزشی دارد که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تمرینات مواجهه سازی درون جلسات، بازسازی شناختی قبل آموزش داده می شود (فری، ۱۹۹۹). زنان مبتلا به افسردگی به دلیل مشکلات هیجانی، شناختی، خلقی که دارا می باشند از ناگویی هیجانی بالایی برخوردارند و مشکلات شناختی ناشی از بیماری در این زنان میزان باورهای فراشناختی را افزایش می دهد که این مشکلات می تواند بر روند درمان در این زنان اختلال وارد کند. با توجه به وضع زنان مبتلا به افسردگی این دغدغه وجود دارد که چه درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی که مولفه های مهمی در تشدید افسردگی هستند را دارد، تا بتوان در جهت افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به افسردگی بهترین درمان را بکار برد. از آنجا که رویکرد درمانی شناختی- رفتاری می تواند اثربخش باشد، بررسی تاثیر این مداخله، یک مسئله و دغدغه برای درمانگران است. بنابراین در پژوهش حاضر این مسئله مدنظر می باشد که آیا درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد؟

ادبیات و پیشینه پژوهش

در بین افرادی که به خاطر مشکلات روان شناختی کمک می طلبند، افسردگی مشکل شایعی است. هر ساله چهار هزار نفر در پی درمان افسردگی بر می آیند و ۱۵٪ آنان خودکشی می کنند. بین بیمارانی که به خاطر شکایت جسمانی به پزشک مراجعه می کنند حداقل ۱۸٪ افراد افسرده هستند و یک سوم آنان دچار افسردگی متوسط یا شدید هستند. تعداد زنانی که افسرده تشخیص داده می شوند دو برابر تعداد مردان است. ویژگی های افسردگی عبارتند از: خلق ناشاد، غم و اندوه، ناامیدی، فقدان علاقه، لذت در تقریباً همه فعالیت های عادی و سرگرمی های فردی، تشخیص افسردگی مستلزم وجود دست کم یکی از این ویژگی ها است. به علاوه دست کم چهار مورد از رفتارها یا احساسات زیر باید وجود داشته باشد: کم اشتیاهی یا تغییر وزن، اشکال در خواب، فقدان نیرو، آشفتگی روانی حرکتی یا فقدان انرژی، افکار دائمی مرگ یا خودکشی یا آرزوی مردن. زنان افسرده نسبت به مردان علائم بیشتری دارا می باشند و علائمی مثل احساس بی ارزشی، فقدان علاقه و اختلال اشتها را بیشتر از مردان ذکر می کنند (قهرودی، ۱۴۰۰). افسردگی اختلالی است که بر تفکر، خلق، احساسات، رفتار و سلامت جسمی تأثیر می گذارد. افسردگی، بدون توجه به علت آن چیزی بیش از یک حالت محزون و یا یک خمودگی درآماتیک است. در افراد افسرده ناتوانی در خلق موجب پریشانی هیجانی می شود. ناگویی هیجانی^۴ در افراد افسرده به دلیل بی نظمی در هیجان سبب ناتوانی در ابراز هیجان خشم، شادی و سبب کاهش سطح کیفیت هیجانی می شود. هنگامی که افراد از نظر هیجانی توانمند نباشند نمی توانند در هنگام رویارویی با چالش های بیماری سطح سلامت خود را بهبود بخشند (هان و همکاران، ۲۰۲۱) باید اشاره نمود افرادی که در تشخیص، کاربرد مناسب هیجان های خود ضعیف هستند فاقد توانایی بهره گیری از دنیای هیجانی خود بوده و تجربه احساسات مثبت از جمله شادکامی در آن ها کاهش می یابد و اضطرابشان افزایش پیدا می کند. ناگویی هیجانی یک پدیده هیجانی- شناختی است که بر اختلالات کارکرد روانی اثر مستقیم می گذارد (ناصری و همکاران، ۱۴۰۰). از طرفی افراد مبتلا به افسردگی به دلیل رنج و ناامیدی دچار باورهای فراشناختی^۵ می شوند که سلامت ذهن آنان را تهدید می کند. باورهای فراشناختی مسبب اختلالاتی می شود

^۴ Fery

^۵ alexithymia

^۶ Halsen

^۷ meta cognitive beliefs

که سبک تفکر، سازگاری فرد تحت تاثیر قرار می گیرد. باورهای فراشناختی افراد را مضطرب و نگران می سازند. معمولاً بیماران برای رهایی از اضطراب به باورهای فراشناختی پناه می برند. باورهای فراشناختی افکارناخواسته یا مزاحم، مشکل اصلی افراد بیمارهای خاص است، زیرا احساس تهدید، هیجان منفی برای آن ها دائمی شده است. این نوع سبک مقابله، از دیدگاه روان شناسان، مقابله ای ناکارآمد و ناسازگار است، زیرا به حل مشکلات کمک نمی کند و باعث بدتر شدن اوضاع روانی- خلقی فرد می شود (سوفینگ^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). باید گفت برای بهبود ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی زنانی که دچار افسردگی هستند تصور می شود درمان شناختی- رفتاری^۹ رویکردی موثر است. طبق تحقیقات رویکرد درمان شناختی- رفتاری مداخله موثری بر ابعاد شناختی- هیجانی است. زیرا این رویکرد درمانی بر نقش پردازش شناختی در هیجان و رفتار تاکید دارد و پاسخ هیجانی، رفتاری فرد به یک موقعیت تا حد زیادی حاصل نحوه ادراک تفسیر و معانی است که او برای آن رویداد قائل است (نلسون^{۱۰} و جونز^{۱۱}، ۲۰۱۹). باید گفت که در این رویکرد درمانی، افراد شرکت کننده در این پروتکل شرکت کنندگان فعالی در محیط خودشان قلمداد می شوند که محرک را مورد قضاوت و ارزیابی قرار می دهند و وقایع و احساس های خود را تفسیر می کند و پاسخ های خودشان را می سنجد و داوری می کنند. اجرای رویکرد درمانی شناختی- رفتاری می تواند مفید واقع گردد، زیرا که باعث رشد بینش و بصیرت می شود (داگلس و رابی چاود، ۲۰۰۷؛ ترجمه فروشان و عابدیان، ۱۳۹۸). زنان مبتلا به افسردگی با عدم یکپارچگی در ابعاد شناختی- هیجانی روبرو هستند و این بیماران با گریبان گیر شدن با باورهای فراشناختی، با مشکلات متعدد در زمینه بروز هیجان مواجه می شوند. اگر با استفاده از مداخله درمانی بتوان زیربنای ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی این بیماران را بهبود بخشید، ممکن است بتوان آنان را آماده کرد که به شکل سازنده تری با این مشکل مقابله نمایند. بنابراین هدف این تحقیق تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی می باشد.

در راستا موضوع تحقیق یعنی بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی مطالعات نزدیک صورت گرفته که چند مورد خواهد آمد: - شاهی (۱۴۰۱) در تحقیق به تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب مرگ، ناگویی هیجانی در افراد افسرده پرداخت. نمونه شامل ۴۰ فرد مبتلا به افسردگی بود. جلسات درمانی در ۱۴ جلسه اجرا شد. پس از جلسات درمان شناختی- رفتاری میانگین نمرات ناگویی هیجانی، اضطراب مرگ در گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل در مرحله پس از آزمون دچار تفاوت شد. نتیجه نشان داد درمان شناختی- رفتاری اثر معناداری بر کاهش اضطراب مرگ، ناگویی هیجانی افراد مبتلا به افسردگی دارد.

رضازاده (۱۴۰۱) در پژوهشی به تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان تاب آوری، تنظیم هیجانی و باورهای فراشناختی بیماران افسرده پرداخت. نمونه تحقیق شامل ۳۰ بیمار بود. نتایج نشان داد که، بین بیماران گروه آزمایش، کنترل در پس آزمون از لحاظ تاب آوری، تنظیم هیجانی، باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهایی درباره کنترل ناپذیری، خطر افکار، باورهایی درباره اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی- رفتاری مداخله درمان شناختی- رفتاری در بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تاب آوری، تنظیم هیجانی بالاتری را نشان دادند و میزان باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهایی درباره کنترل ناپذیری، خطر افکار، باورهایی درباره اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی در بیماران کاهش یافت که این تاثیر به دلیل دریافت مداخله درمان شناختی- رفتاری گروه آزمایش بود. در نتیجه تعیین شد درمان شناختی- رفتاری بر افزایش تاب آوری، تنظیم هیجانی و کاهش باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهایی درباره کنترل ناپذیری، خطر افکار، باورهایی درباره اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی موثر است.

^۸ Soeffing^۹ cognitive-behavioral therapy^{۱۰} Nelson^{۱۱} Jonez

جاسمی (۱۴۰۱) در طی پژوهشی بر روی زنان مبتلا به افسردگی به تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی پرداخت و نیز نتیجه گرفتند که بین استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی در پس آزمون بین دو گروه آزمایش، کنترل تفاوت حاصل شده است. این تفاوت به نفع گروه آزمایش تحت درمان شناختی- رفتاری بوده است. در نتیجه درمان شناختی- رفتاری بر کاهش سطح استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی تاثیر دارد. عزیزاده (۱۴۰۱) در پژوهشی بر روی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان به تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر باورهای فراشناختی پرداخت. نمونه تحقیق شامل ۳۰ نفر بود. نتایج نشان داد که، بین زنان گروه آزمایش، کنترل در پس آزمون از لحاظ باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد و زنان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل باورهای فراشناختی کمتری را نشان دادند که این تفاوتها به دلیل دریافت مداخله درمان شناختی- رفتاری برای گروه آزمایش بود و در نتیجه تعیین شد درمان شناختی- رفتاری بر کاهش میزان باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان موثر است. قهرودی (۱۴۰۰) به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و اضطراب زنان مبتلا به افسردگی دو قطبی پرداخت. یافتهها حاصل از پژوهش نشان داد که رویکرد درمانی پس از ۱۴ جلسه بر روی گروه آزمایش، حاکی از تفاوت بین ناگویی هیجانی و اضطراب زنان در گروه آزمایش، کنترل شد و گروه آزمایش ناگویی هیجانی، اضطراب کمتری را نشان دادند و نتیجه گرفتند که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش ناگویی هیجانی و اضطراب زنان مبتلا به افسردگی دو قطبی موثر است. صالح و سعادت (۱۴۰۰) در پژوهشی دیگر با عنوان تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر میزان باورهای فراشناختی، سلامت روانی افراد افسرده، نشان داد که درمان شناختی- رفتاری پس از اجرای جلسات بر روی گروه آزمایش تفاوت معناداری در پس آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان باورهای فراشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان ایجاد کرده است که نشانگر تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش میزان باورهای فراشناختی می باشد.

گرین^۲ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی به اثربخشی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی، استرس ادراک شده در زنان مبتلا به افسردگی پرداختند. نتایج پس از اجرای درمان شناختی- رفتاری برای گروه آزمایش نشان داد که که ناگویی هیجانی، استرس ادراک شده زنان مبتلا به افسردگی کاهش یافته و این کاهش نشان داد درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش ناگویی هیجانی و استرس ادراک شده می شود. کول^۳ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر باورهای فراشناختی زنان مبتلا به افسردگی پرداختند. نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی زنانی که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند در مقایسه با گروه کنترل تفاوت کرده است و این تفاوت حاکی از آن بود که مداخله درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش باورهای فراشناختی زنان مبتلا به افسردگی شد.

لنگ^۴ و همکاران (۲۰۲۱) به تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی، نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به افسردگی پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که بین ناگویی هیجانی، نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به افسردگی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص شد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش ناگویی هیجانی، نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به افسردگی تاثیر بالایی دارد. هان^۵ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی با هدف اثربخشی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر روی ۳۰ نفر از افراد مبتلا به افسردگی به بررسی اثربخشی تاثیر این

^۱Greene^۲Cole^۳Leng^۴Han

رویکرد بر ناگویی خلقی و استرس ادراک شده پرداخت. نتایج پس از اجرای پروکتل درمانی برای گروه آزمایش نشان داد که نمرات پس آموزن نسبت به پیش آزمون تغییرات داشته است و این تفاوت نشان داد که ناگویی خلقی و استرس ادراک شده افراد مبتلا به افسردگی به میزان زیادی کاهش یافته و این کاهش به دلیل اجرای درمان شناختی- رفتاری بود. در نتیجه دست یافتند که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش ناگویی خلقی و استرس ادراک شده افراد مبتلا به افسردگی می شود. چن و سلسون^۴ (۲۰۲۱) در پژوهشی به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر باورهای فرا شناختی در زنان مبتلا به افسردگی در طی ۱۲ جلسه پرداخت و نمونه را بصورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل به شکل نابرابر تقسیم کردند که ۱۸ نفر در گروه کنترل و ۱۲ نفر در گروه آزمایش گماشته شدند نتایج نشان داد که پروکتل درمان شناختی- رفتاری بر روی گروه آزمایش سبب تفاوت نمرات پس آزمون گروه آزمایش، کنترل در باورهای فراشناختی شده است و کاهش باورهای فراشناختی بدلیل دریافت مداخله می باشد. آلکس^۵ (۲۰۲۱) در پژوهشی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر بی نظمی هیجانی و باورهای فراشناختی بیماران را بررسی کرد. نمونه تحقیق شامل ۳۰ بیمار بود. وی دریافت که مداخله درمانی پس از ۱۲ جلسه سبب تغییر معناداری در میانگین نمرات بی نظمی هیجانی و باورهای فراشناختی باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای کنترل ناپذیری، خطر افکار، باورهای درباره اطمینان شناختی، باورهای درباره نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی، پاسخ نشخوارگری بعد از جلسات در گروه آزمایش گردید و مشخص شد درمان شناختی- رفتاری بر کاهش بی نظمی هیجانی و باورهای فراشناختی باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای درباره کنترل ناپذیری، خطر افکار، باورهای درباره اطمینان شناختی، باورهای درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی و پاسخ نشخوارگری اثربخش است. میل، و همکاران^۸ (۲۰۲۰) تأثیر درمان شناختی- رفتاری را بر اضطراب، ناگویی هیجانی افراد افسرده را مورد مطالعه قرار داد. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که در گروه مورد آزمایش، درمان شناختی- رفتاری موجب تفاوت در نمره پس آزمون ناگویی هیجانی شد و نشان داد که درمان شناختی- رفتاری تأثیر زیادی بر کاهش ناگویی هیجانی دارد.

- ۱- فرضیه اول: درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد. فرضیه ۲: درمان شناختی- رفتاری بر باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد.

روش تحقیق

در این پژوهش از روش پژوهش آزمایشی (طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل برابر) استفاده شد. به دلیل اینکه پژوهش حاضر به دنبال تغییر ایجاد شده ناشی از اجرای اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی می باشد، از این طرح استفاده شد. در این طرح قبل از اجرای مداخله درمان شناختی- رفتاری، زنان مبتلا به افسردگی انتخاب شده در هر دو گروه بوسیله پیش آزمون ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی مورد اندازه گیری قرار گرفتند. نقش پیش آزمون در این طرح اعمال کنترل و مقایسه ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون می باشد. بعد از جلسات درمان شناختی-

^۴Chen & Selenson

^۵Alex

^۸Miel, Soares, Grossi & Sondin

رفتاری بر روی گروه آزمایش، پس آزمون ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی روی هر دو گروه اجرا شد. در نتیجه تعیین شد که آیا در زنان مبتلا به افسردگی تغییرات ایجاد شده در ناگویی هیجانی و باورهای فراشناختی ناشی از جلسات درمان شناختی- رفتاری بوده است یا خیر.

جدول ۱: دیاگرام طرح پژوهش

گروه ها	پیش ش آزمون	متغی ر مستقل	پس ش آزمون
A	T1	X1	T
			۲
	T1		T
			۲

با جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت از کلیه زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ می باشد. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی بود که بصورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس از میان نمونه پژوهش، بطور تصادفی ۱۵ زن مبتلا به افسردگی در گروه آزمایش و ۱۵ زن مبتلا به افسردگی در گروه کنترل گماشته شدند. ملاک ورود به روند تحقیق ابتلا به افسردگی براساس نقطه برش پرسشنامه و تشخیص افسردگی توسط روانپزشک حداقل به مدت ۶ ماه، توانایی حضور در جلسات مداخلات، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی و ملاک خروج شامل گرفتن نمرات خارج از دامنه، شروع روان درمانی دیگر بصورت همزمان، غیبت در بیش از دو جلسه درمانی می باشد. ابزار پژوهش: الف) پرسشنامه ناگویی هیجانی: پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر با جهت گیری خارجی را ارزیابی می کند. خرده مقیاس اول شامل ۷ ماده می باشد (۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴) که توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات، تمایز احساسات با حس های بدنی را ارزیابی می کنند. زیر مقیاس دوم ۵ ماده دارد (۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) که توانایی مشخص در بیان احساسات و این که آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر را می سنجد. خرده مقیاس سوم ۸ ماده دارد (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و میزان درون نگری، عمیق شدن فرد در احساسات درونی خود، دیگران را بررسی می کنند. شیوه نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می باشد. تنها ماده های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (مسعودی فر، ۱۳۹۵). پایایی و روایی: بشارت (۱۳۸۶) روایی پرسشنامه را با استفاده از روش همبستگی با پرسشنامه اضطراب از ۰/۴۵ تا ۰/۴۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۵۱ بدست آورد که کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار شدند و پایایی پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف ۰/۹۰ و ۰/۸۸ گزارش کرد. زمانی (۱۳۹۷) روایی پرسشنامه از طریق همبستگی با پرسشنامه نشخوارفکری ۰/۴۶ بدست آورد که در سطح ۰/۰۱ معنادار شد و نشان دادند پرسشنامه روایی مناسبی دارد و پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه کرد. ب) پرسشنامه باورهای فراشناختی: این پرسشنامه یک ابزار ۳۰ گویه ای خودگزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می سنجد و توسط ولز در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است: ۱) باور مثبت درباره نگرانی، ۲) باور درباره کنترل ناپذیری، خطر افکار، ۳) باور درباره اطمینان شناختی، ۴) باور درباره نیاز به کنترل افکار و ۵) خودآگاهی شناختی که هر مولفه شامل ۶ سؤال و نمره گذاری بین ۱ تا ۵ می باشد (زمانزاده، ۱۳۹۹). پایایی و روایی: در تحقیقات ولز (۲۰۰۴، به نقل از زمانزاده، ۱۳۹۹)

دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمایی برای نمره کل پس از دوره ۱۸ تا ۲۲ روزه ۰/۷۵، برای خرده مقیاس ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شد. شیرین زاده دستگیری و همکاران (۱۳۸۷)، به نقل از زمانزاده، (۱۳۹۹) ضریب همسانی درونی آن را با کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرده است. همبستگی زیرمقیاس های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۵۲، همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ بود که در سطح ۰/۰۱ معنادار شدند. در پژوهش زمانزاده (۱۳۹۹) پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری-خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۷۹ بدست آمد و روایی پرسشنامه با همبستگی با پرسشنامه نشخوار فکری ۰/۴۰، ۰/۴۲، ۰/۴۱، ۰/۴۴، ۰/۴۶ بدست آمدند که در سطح ۰/۰۱ معنادار شدند.

ج) پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش افسردگی تدوین شده است. این فرم در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است و همچنین تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می دهد. این پرسشنامه دارای ۱۳ ماده است که دامنه نمرات آن از ۰ تا ۶۳ می باشد و نحوه نمره گذاری آن در یک پیوستار از ۰ تا ۳ می باشد. نمرات بین ۰ تا ۱۳ میزان درجه افسردگی جزئی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان می دهد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

پایایی و روایی: محمدخانی (۱۳۸۶)، به نقل از فتحی آشتیانی، (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای ۰/۹۲ و ۰/۹۳ گزارش کرد. همچنین اعتبار پرسشنامه به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش نمود. رجبی و همکاران (۱۳۸۶)، به نقل از فتحی آشتیانی، (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه را با روش های آلفای کرونباخ، تنصیف به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۸ گزارش کرد و روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه اضطراب ۰/۴۲ درس سطح ۰/۰۱ گزارش کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار کامپیوتر (SPSS) نسخه (۲۲) استفاده شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش های آماری زیر استفاده شد:- استفاده از شاخص های آمار توصیفی فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار برای توصیف ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها و متغیرهای پژوهش -استفاده از آزمون باکس- استفاده از آزمون لوین برای بررسی رعایت پیش فرض تساوی واریانس های متغیرها- استفاده از آزمون کلموگروف- اسمیرنف جهت رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات - استفاده از آزمون پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون برای بررسی همگنی متغیرهای تحقیق استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تحلیل کوواریانس یک راهه.

یافته ها

یافته های توصیفی تحقیق بصورت فراوانی و درصد فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و تعداد آزمودنی های نمونه برای متغیرهای تحقیق می باشد که در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	تعداد
ناگویی هیجانی	آزمایش	پیش آزمون	۶۱/۸۰	۱۲/۴۸	۱۵
		پس آزمون	۴۴/۵۳	۱۰/۵۴	۱۵
	کنترل	پیش آزمون	۷۰/۵۳	۱۲/۵۵	۱۵
		پس آزمون	۷۲/۴۶	۱۱/۱۲	۱۵

همان طوری در جدول ۲-۴ مشخص است میانگین انحراف معیار ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی برای گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ۶۱/۸۰، ۱۲/۴۸؛ ۴۴/۵۳، ۱۰/۵۴ و برای گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ۷۰/۵۳، ۱۲/۵۵؛ ۷۲/۴۶، ۱۱/۱۲ بدست آمد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	تعداد
باور مثبت درباره نگرانی	آزمایش	پیش آزمون	۱۹/۴۶	۲/۸۲	۱۵
		پس آزمون	۱۱/۰۱	۲/۱۳	۱۵
	کنترل	پیش آزمون	۲۰/۳۳	۱/۶۷	۱۵
		پس آزمون	۲۱/۰۶	۱/۷۹	۱۵
باور کنترل ناپذیری و خطر افکار	آزمایش	پیش آزمون	۲۱/۳۳	۱/۸۳	۱۵
		پس آزمون	۱۰/۴۶	۲/۴۴	۱۵
	کنترل	پیش آزمون	۲۰/۸۶	۱/۷۲	۱۵
		پس آزمون	۲۰/۴۰	۱/۶۸	۱۵
باور اطمینان شناختی	آزمایش	پیش آزمون	۲۱/۶۶	۱/۴۹	۱۵
		پس آزمون	۱۲/۳۳	۳/۱۰	۱۵
	کنترل	پیش آزمون	۲۱/۸۰	۱/۹۷	۱۵
		پس آزمون	۱۹/۲۶	۲/۷۳	۱۵
باور نیاز به کنترل افکار	آزمایش	پیش آزمون	۲۱/۴۰	۱/۴۰	۱۵
		پس آزمون	۱۳/۰۱	۳/۰۱	۱۵
	کنترل	پیش آزمون	۲۱/۵۳	۱/۴۵	۱۵
		پس آزمون	۲۱/۸۰	۱/۶۵	۱۵
باور خودآگاهی شناختی	آزمایش	پیش آزمون	۲۱/۸۰	۱/۴۷	۱۵
		پس آزمون	۱۳/۳۳	۲/۹۶	۱۵
	کنترل	پیش آزمون	۲۱/۸۰	۱/۶۵	۱۵
		پس آزمون	۲۱/۶۶	۱/۲۹	۱۵

همان طوری در جدول ۳-۴ ملاحظه می شود میانگین و انحراف معیار باور مثبت درباره نگرانی زنان مبتلا به افسردگی برای گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون ۱۹/۴۶، ۱۱/۰۱؛ ۲/۸۲، ۲/۱۳ و برای گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ۲۰/۳۳، ۱/۶۷؛ ۲۱/۰۶، ۱/۷۹؛ میانگین و انحراف معیار باور کنترل ناپذیری- خطر افکار زنان مبتلا به افسردگی برای گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ۲۱/۳۳، ۱/۸۳؛ ۱۰/۴۶، ۲/۴۴ و برای گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و

پس‌آزمون ۲۰/۸۶، ۱/۷۲؛ ۲۰/۴۰، ۱/۶۸؛ میانگین و انحراف معیار باور اطمینان شناختی زنان مبتلا به افسردگی برای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۲۱/۶۶، ۱/۴۹؛ ۱۲/۳۳، ۳/۱۰ و برای گروه کنترل ۲۱/۸۰، ۱/۹۷ و ۱۹/۲۶، ۲/۷۳؛ میانگین و انحراف معیار باور نیاز به کنترل افکار زنان مبتلا به افسردگی برای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۲۱/۴۰، ۱/۴۰؛ ۱۳/۰۱، ۳/۰۱ و برای گروه کنترل ۲۱/۵۳، ۱/۴۵؛ ۲۱/۸۰، ۱/۶۵؛ میانگین و انحراف معیار باور خود آگاهی شناختی زنان مبتلا به افسردگی برای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۲۱/۸۰، ۱/۴۷؛ ۱۳/۳۳، ۲/۹۶ و برای گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۲۱/۸۰، ۱/۶۵ و ۲۱/۶۶، ۱/۲۹ بدست آمد.

آزمودن فرضیه‌ها

فرضیه ۱: درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمرات ناگویی هیجانی پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنادار	اندازه اثر	توان آماری
ی								
ناگویی هیجانی	گروه	۳۹۳۵/۳۸	۱	۳۹۳۵/۳۸	۳۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱

همان‌طوری که در جدول ۴- مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ناگویی هیجانی ($F=36/04$ و $p<0/001$)، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری با توجه به میانگین ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل موجب کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش شده است میزان تأثیر یا تفاوت برای ناگویی هیجانی برابر با ۰/۶۲ می‌باشد. به عبارت دیگر ۶۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی مربوط به تأثیر درمان شناختی- رفتاری می‌باشد.

فرضیه ۲: درمان شناختی- رفتاری بر باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمرات پس آزمون باورهای فراشناختی گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
باور مثبت درباره نگرانی	گروه	۴۶۸/۴۴	۱	۴۶۸/۴۴	۱۱۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
باور کنترل ناپذیری- خطر	گروه	۶۰۳/۳۱	۱	۶۰۳/۳۱	۱۴۸/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
باور اطمینان شناختی	گروه	۲۲۱/۵۶	۱	۲۲۱/۵۶	۲۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹
باور نیاز به کنترل افکار	گروه	۵۲۹/۲۲	۱	۵۲۹/۲۲	۹۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
باور خودآگاهی شناختی	گروه	۴۵۲/۵۲	۱	۴۵۲/۵۲	۸۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱

همان طوری که در جدول ۴-۱۰ مشخص است، با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باور مثبت درباره نگرانی ($F=118/29$ و $p<0/001$)، باور کنترل ناپذیری- خطر ($F=148/27$ و $p<0/001$)، باور اطمینان شناختی ($F=24/96$ و $p<0/001$)، باور نیاز به کنترل افکار ($F=95/90$ و $p<0/001$)، باور خودآگاهی شناختی ($F=85/97$ و $p<0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری با توجه به میانگین باورهای فراشناختی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل در مرحله پس آزمون موجب کاهش باورهای فراشناختی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش شده است میزان تأثیر یا تفاوت برای باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، باور کنترل ناپذیری- خطر، باور اطمینان شناختی، باور نیاز به کنترل افکار، باور خودآگاهی شناختی به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۶۷، ۰/۵۳، ۰/۶۸ و ۰/۷۹ می باشد. به عبارت دیگر ۶۷، ۶۸، ۵۳، ۶۸ و ۷۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، باور کنترل ناپذیری- خطر، باور اطمینان شناختی، باور نیاز به کنترل افکار، باور خودآگاهی شناختی زنان مبتلا به افسردگی مربوط به تأثیر درمان شناختی- رفتاری می باشد.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی و باورهای فرا شناختی در زنان مبتلا به افسردگی بود. نمونه تحقیق شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی بود که بصورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۱۵ زن مبتلا به افسردگی در گروه آزمایش و ۱۵ زن مبتلا به افسردگی در گروه کنترل گماشته شدند. در این تحقیق از پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو، پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (۲۰۰۴) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) استفاده شد و درمان شناختی- براساس راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری داگاس، رابی چاود (۲۰۰۷)، ترجمه فروشان و عابدیان (۱۳۹۸) در طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ایی اجرا شد. در فصل چهارم داده های پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت. در این فصل یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش تبیین می شود. در پایان فصل محدودیت های پژوهش، پیشنهاد های پژوهشی و کاربردی ارائه می گردد. ۱- **درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد.** نتایج نشان داد بین زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش

و کنترل از لحاظ ناگویی هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری با توجه به میانگین ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل در مرحله پس آزمون موجب کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش شد. نتیجه بدست آمده با تحقیقات شاهی (۱۴۰۱)، جاسمی (۱۴۰۱)، قهرودی (۱۴۰۰)، کیانی (۱۴۰۰)، شفیع (۱۳۹۹)، اعتمادی (۱۳۹۹)، گرین و همکاران (۲۰۲۲)، لنگ و همکاران (۲۰۲۱)، هان و همکاران (۲۰۲۱)، میل و همکاران (۲۰۲۰)، کارت و هالتون (۲۰۲۰)، استیو و همکاران (۲۰۲۰)، پودوسمن (۲۰۱۸)، الداز و مروین (۲۰۱۸) که نتیجه گرفتند درمان شناختی- رفتاری بر کاهش ناگویی هیجانی تاثیر دارد، همسویی دارد.

در تبیین این نتیجه می توان گفت که، زنان مبتلا به افسردگی به دلیل خلق افسرده قادر به توصیف مناسب هیجان در مقابله با چالش ها نیستند و در این بیماران پردازش هیجانی دچار اختلال است و ناگویی هیجانی دارند. در این تحقیق مشخص شد، درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی می شود. باید گفت، مداخله درمان شناختی- رفتاری در زنان مبتلا به افسردگی به دلیل این که سبب بهبود ناتوانی در شرح هیجان با تکنیک افزایش خودآگاهی شناختی و مهارت حل مسئله گردید، سبب ابراز مناسب هیجان شد و در این زنان بیان هیجان تقویت شد. در این مداخله به دلیل این که تغییرات کوچک هیجانی تقویت شد میزان درک کردن، شرح هیجان خود و دیگران در زنان مبتلا به افسردگی تقویت شد. در این پروتکل درمانی با تأکید بر تمرین خودآگاهی و آرمیدگی از طریق تنفس بیماران هیجانات منفی خود را پایش، نظارت، کنترل و ارزیابی کردند و توانایی سازگاری مثبتی با شرایط و چالش روانی را بدست آوردند و این تکنیک در بیماران ناگویی هیجان در برابر شرایط ناگوار را کاهش داد و این مداخله با شکستن چرخه معیوب مشکل و ایجاد رابطه میان هیجان منفی، احساس ناکارآمدی، ارزیابی تجارب موجب ترمیم برون ریزی هیجان، سازماندهی ظرفیت روانی، ذهنی در ابراز هیجان و کاهش ناگویی هیجان شد. درمان شناختی- رفتاری با تهییج هیجان بوسیله تکنیک کنترل خشم، ناتوانی در بازشناسی، توصیف کلامی هیجان و فقر شدید تفکرنمادین در زنان مبتلا به افسردگی را بهبود بخشید. درمان شناختی- رفتاری با تغییر الگوی هیجان و با ایجاد احساس امنیت، احترام، برطرف کردن نیاز عاطفی- هیجانی سبب شد در زنان ظرفیت سازگاری رفتاری- هیجانی تقویت شود، زیرا که این مداخله سبب بهزیستی هیجانی، توانایی در ارزیابی، ابراز هیجانی، ارزیابی مثبت هیجان و توانایی تنظیم هیجان شد. می توان گفت، درمان شناختی- رفتاری کانون توجه را نسبت به ذهن و هیجان منفی را تغییر داد و با برقراری آرامش فرد و با ایجاد نگرش واقع بینانه باعث بهبود دشواری در تمایز بین حالت های هیجانی، فقدان بروز عاطفی و کاهش ناگویی هیجانی شد. در نتیجه می توان گفت درمان شناختی- رفتاری مداخله موثری بر کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلا به افسردگی است و پروتکل موثری در این زمینه است. ۲- درمان شناختی- رفتاری بر باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد. نتایج نشان داد، بین زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باور مثبت درباره نگرانی، باور کنترل ناپذیری- خطر، باور اطمینان شناختی، باور نیاز به کنترل افکار، باور خودآگاهی شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری با توجه به میانگین باورهای فراشناختی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل در مرحله پس آزمون موجب کاهش باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، باور کنترل ناپذیری- خطر، باور اطمینان شناختی، باور نیاز به کنترل افکار، باور خودآگاهی شناختی زنان مبتلا به افسردگی گروه آزمایش شد. نتیجه بدست آمده با تحقیقات رضازاده (۱۴۰۱)، علیزاده (۱۴۰۱)، صالح و سعادت (۱۴۰۰)، ملک زاده (۱۴۰۰)، موسوی (۱۴۰۰)، حیدری و اسدی (۱۳۹۹)، نژادفلاح (۱۳۹۹)، کول و همکاران (۲۰۲۱)، چن و سلنسون (۲۰۲۱)، آلکس (۲۰۲۱)، سوفی و همکاران (۲۰۲۰)، آندرسون (۲۰۲۰)، سوفینگ و همکاران (۲۰۲۱)، پودوسمن (۲۰۱۸)، کاتسون و فار (۲۰۱۷) که نتیجه گرفتند درمان شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای درباره کنترل ناپذیری، خطر افکار، باورهای درباره اطمینان شناختی، باورهای درباره نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی تاثیر معناداری دارد، همسویی دارد. می توان گفت زنان مبتلا به افسردگی با کشمکش شناختی و

اضطراب روبرو هستند و باورهای فراشناختی در این افراد که خلق افسرده دارند مسبب اختلالات شناختی و اضطرابی در این زنان می شود. در تحقیق حاضر مشخص گردید مداخله درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد. می توان تبیین کرد پروکتل درمان شناختی-رفتاری با بازسازی نگرش و باور ناکارآمد، بازسازی شناخت سبب شد در این زنان باور نگرانی درباره بیماری، ارزیابی منفی و افکار ناسازگارانه کمتر شود و باورهای فراشناختی در این زنان کاهش یابد زیرا که بازسازی شناختی-رفتاری در این پروکتل آشفتگی شناختی را بهبود بخشید. درمان شناختی-رفتاری در این زنان که تنش و اضطراب که با باورهای فراشناختی رابطه دارد، را با تکنیک های تصحیح باورها، نگرش های ناسازگارانه به شکل شناختی-رفتاری بهبود بخشید و از طریق ایجاد مهارت خودپذیری، ابراز وجود به زنان فرصت داد تا احساسات، مشکلات ارتباطی-اجتماعی خود را بروز دهند و به دلیل دریافت موثر این تکنیک ها، پیامدهای منفی ناشی از نشخوار گری و باورهای فراشناختی که موجب نگرانی بالا در این زنان می شد کنترل گردید و در این زنان میزان باورهای فراشناختی کاهش پیدا کرد. درمان شناختی-رفتاری با تکنیک تنش زدایی، مقابله سازگارانه، حل مسئله سبب مقابله سبب کاهش نشخوارگری، باور مثبت درباره نگرانی، باور کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار، باور خودآگاهی شناختی در زنان شد و این مداخله، موجب رفع مشکلات روان شناختی، کاهش تنش و نگرانی، ایجاد آسایش روانی (بهزیستی ذهنی)، امید و نیز رشد مهارت های بین فردی شد و در زنانی که دچار افسردگی هستند، به دلیل پسخوراند و امیداور کردن، میزان باورهای فراشناختی را کاهش داد و موجب شد احساس تنش یا ناتوانی در تنش زدایی، ناآرامی، بی قراری، گریز از ارتباطات معمول و دل مشغولی های مفرط که عوامل زیربنایی باورهای فراشناختی هستند، کاهش یابد. درمان شناختی-رفتاری موجب تعامل دو جانبه و پیچیده بین شناخت، هیجان ها، رفتار و محیط شد و هدف آن تقلیل نشانه های پریشانی روانی است و از طریق اصلاح مستقیم تصورات ناسازگارانه سبب شد تا در زنان دچار افسردگی حالت های آشفته و ناراحت کننده منجر به اضطراب، افسردگی، نگرانی بالا درباره بیماری، ارزیابی منفی درباره خود و باورهای فراشناختی که مولفه اصلی در شروع افسردگی است، تقلیل یابد و سبک تفکر، ناسازگاری و باورهای فراشناختی که پیش بینی کننده تجربه احساسات منفی هستند، کاهش یابد و در زنان مبتلا به افسردگی انعطاف پذیری روانی تقویت شود. در نتیجه می توان گفت درمان شناختی-رفتاری، از طریق آشکارسازی، تکنیک آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی، دستورالعمل های اصلاح رفتار، باز شناسی شناخت، آزمون و بازسناسایی بر کاهش باورهای فراشناختی زنان مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد و پروکتل موثری بر کاهش باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی است.

منابع

- [۱] پورافکاری، نصرت الله. (۱۳۹۵). نشانه شناسی بیماری های روانی. تهران: آزاده.
- [۲] نورعلی، فریده (۱۴۰۰). رابطه اضطراب مرگ و افسردگی با سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان
- [۳] خالقی، بیتا. (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم هیجانی، ناگویی هیجانی، اضطراب در افراد مبتلا به افسردگی و افراد سالم. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران
- [۴] پورنامداریان، سینا؛ بیرشک، باقر و اصغرنژاد، فرید. (۱۳۹۶). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش بینی علائم افسردگی، اضطراب، استرس در پرستاران. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۳، ۳: ۹۴-۸۷.
- [۵] فری، مایکل. (۱۳۹۰). شناخت درمانی گروهی. ترجمه علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندروز. مشهد: جهاد دانشگاهی (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹).
- [۶] قهرودی، مونا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی و اضطراب زنان مبتلا به افسردگی دو قطبی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی کرج.

- [۱۲] ناصری، نادر؛ احمدی، حسین و پاشایی، رضا. (۱۴۰۰). تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی، سلامت روانی، استرس در زنان مبتلا به افسردگی. روانشناسی، ۱۹ (۴): ۳۳۱-۳۴۲.
- [۱۴] داگاس، مایکل و رابی چاود، ملیسا. (۱۳۹۸). درمان شناختی-رفتاری اضطراب. ترجمه مسعود چینی فروشان و احمد عابدیان. تهران: ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- [۱۵] شاهی، رضا. (۱۴۰۱). تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب مرگ و ناگویی هیجانی در افراد افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام.
- [۱۶] رضازاده، لیلا. (۱۴۰۱). تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر تاب آوری، تنظیم هیجانی و باورهای فراشناختی بیماران افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- [۱۷] جاسمی، احمد. (۱۴۰۱). تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام.
- [۱۸] علیزاده، شیوا. (۱۴۰۱). تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر باورهای فراشناختی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران

[4] Sifneos, P.E. (2016). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 113-116

[5] Anderson, J.I. (2020). The effect of the cognitive behavioral therapy on meta cognitive beliefs in depression. *Journal of Sports Sciences*; 30 (4): 337-347

[7] Alex, D.L. (2021). The efficacy of cognitive behavioral therapy on the death meta cognitive beliefs and alexithymia. *Journal Anxiety*. 10: 105-123.

[8] Nelson, J. and Jones, R. (2019). *Cognitive-Humanistic-Therapy, Buddhism, Christianity and being. fully human*. London: SAGE publication Ltd

[19] Greene, K., Derlega, V. J., & Mathews, A. (2022). The effect of cognitive behavioral therapy on the stress and alexithymia of depression woman. *Journal of Applied Psychology*. 51: ۳۵۵-۳۷۶.

[20] Cole, S. W. , Kemeny, M. E., Taylor, S. E. , & Visscher, B. R. (2021). The effect of cognitive behavioral therapy on the meta cognitive beliefs of depression woman. *Health Psychology*, 15, 243- 251.

[21] Ieng, K., Skoy, A., Ekselius L., & Lundkvist O. (2021). The effect of cognitive behavioral therapy on the obsessive rumination and alexithymia of depression woman. *International Journal of Stress*, 59 (1): 90-110.

[22] Chen, G., & Selenson, E. (2021). The effect of cognitive behavioral therapy on the meta cognitive beliefs of depression woman. *Jornal Of Clinical Epidemiology*, ۵۳: ۱-۱۲. .

[23] Miel, A., Soares, J.F., Grossi, G., & Sondin, O. (2020). The effect of cognitive behavioral therapy on the anxiety and alexithymia of depression. *International Journal of Psychological*. 12, 57-83.