

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی زنان افسرده شهر ساری

گلناز حسین زاده<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، واحد بهشهر

### چکیده

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی زنان افسرده شهرستان ساری انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل می باشد و جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مبتلا به افسردگی شهر ساری تشکیل دادند؛ که تعداد ۳۰ نفر (گروه آزمایش ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و در دو گروه جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس (ERQ) (۲۰۰۳) و پرسشنامه استاندارد انعطاف پذیری روان شناختی دنیس وندروال (۲۰۱۰)، استفاده شد. داده ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۶ انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که در مجموع تفاوت معنادار بین نمره کل و خرده مقیاس های دو متغیر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روان شناختی در پیش آزمون و پس آزمون در سطح ( $P < 0/05$ ) در دو گروه آزمایش و کنترل در زنان افسرده وجود دارد. نتیجه یافته ها حاکی از آن است که آموزش درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روان شناختی زنان افسرده شهر ساری تأثیر دارد.

**واژه های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، خودکارآمدی، تنظیم هیجان، زنان افسرده

## مقدمه:

افسردگی به عنوان یکی از مشکلات اصلی سلامت روان، تاثیر زیادی بر سلامت عمومی جهان دارد؛ از تاثیر افسردگی بر رشد و نمو کودک و افزایش خطر ابتلا به زوال عقل تا خودکشی، مرگ و میر زودرس و بروز اختلالات مختلف جسمی (رینولد و پاتل، ۲۰۱۷). بر اساس برآوردها حدود ۳۰۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می برند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). ۱۴ درصد از انواع بیماریها در جهان را اختلالات و بیماریهای روانی تشکیل می دهند و حدود ۷۵ درصد افراد مبتلا در کشورهای کم درآمد به خدمات روانشناسی مناسب دسترسی ندارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). در ایران بر اساس مطالعه ملی بیماریها و آسیبها، افسردگی سومین مشکل سلامت روان کشور است (منتظری و همکاران، ۲۰۱۸). بررسی اپیدمیک در ایران و دیگر کشورها نشان می دهد که بیماریهای روانی، به ویژه افسردگی، شیوع زیادی دارند که میزان آن در زنان بیشتر از مردان است به طوری که میزان شیوع بیماریهای روانی در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان گزارش شده است (فیض الهی و همکاران، ۲۰۲۱). آسیب پذیری و شیوع بیشتر افسردگی در زنان به دلیل آسیب پذیری در عوامل روانی- اجتماعی و هیجانی است (کومار، ۲۰۱۹). هیجانات برای انسانها رمز بقا هستند اما تنظیم شناختی هیجان به راهبردهایی اطلاق می شود که به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می گیرد. راهبردهای تنظیم هیجان به معنای آگاهی، فهم پذیری هیجانها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، رفتار سازگارانه باهدفهای شخصی در موقعیتهایی که هیجانهای منفی تجربه می شود و توانایی استفاده از راهبردهای متناسب با موقعیت است (هارون رشیدی، کاشی زاده و کاظمیان مقدم، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان یعنی که افراد بتوانند آگاهی به شرایط خود داشته باشند و این آگاهی بتواند ارزیابی مناسبی از شرایط را برای فرد مهیا کند و بر فرایندهای درک و تاثیر گذاری بر شرایط تاثیر مستقیم دارد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۹). هنگامی تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان به درستی به کار گرفته می شود که افراد بتوانند خود را در برابر تجربه منفی یا ناخواسته محافظت کرده و از آنها اجتناب کنند و بتوانند هیجانهای خود را حتی در زمانی که به شدت برانگیزاننده هستند کنترل و مدیریت کنند (تروملو و همکاران، ۲۰۱۸). دشواری در تنظیم هیجان یکی از مسائل آزاردهنده اصلی افراد دارای علائم افسردگی است که پیامد آن شکست در مدیریت حالات عاطفی هیجانی و خلقی می باشد (دی و همکاران، ۲۰۱۹). از نقش عوامل زمینه ساز روانی در شکل گیری بیماریهای روانی و خصوصا افسردگی نتیجه می شود که افسردگی حاصل علائم روانی انعطاف پذیری شناختی می باشد انعطاف پذیری شناختی<sup>۱</sup> این توانایی را به افراد می دهد که بتوانند کارآمد بودن خود را حفظ کنند و با توجه به شرایط پاسخهای جدید و مناسب بدهند (شریفی و همکاران، ۱۴۰۰). انعطاف پذیری شناختی یعنی توانایی و مهارت هر فرد برای سازگاری و ایجاد ساختار جدید در زندگی در مقابله و رویارویی با اتفاقات، محیط و افراد، کسانی که از انعطاف پذیری شناختی بالایی برخوردارند می توانند با شرایط دشوار کنار بیایند و نظرات و ایده های بدیل مطرح نمایند

<sup>۱</sup>Reynolds& Patel<sup>۲</sup>World Health Organization<sup>۳</sup>Kumar Raj et al.<sup>۴</sup>Philhps et al.<sup>۵</sup>Trumello et. al<sup>۶</sup>Di et al.<sup>۷</sup>Cognitive flexibility

(شهبابی و همکاران، ۱۴۰۰). انعطاف پذیری شناختی برای انتقال سریع بین افکار مختلف و توجه به موضوعات متفاوت، به صورت همزمان بسیار مهم است. افراد افسرده که سطح انعطاف پذیری شناختی در آنان بسیار پایین است، قادر نیستند که از یک مفهوم به مفهوم دیگری در ذهن خود سوییچ کنند و اغلب در قطاری از افکار ثابت، گیر می کنند این دسته از افراد برای سازگار کردن خود با تغییرات و محرک های جدید، با مشکلات زیادی مواجه می شوند بدلی<sup>۸</sup> (۲۰۱۹). درمان های روان شناختی نیز موج جدیدی از تأثیرگذاری را ایجاد کردند. از آنجایی که محتوای افکار و شناخت افراد افسرده بدبینانه و منفی است، به ویژه زمانی که این افراد با رویدادهای مشکل ساز یا مبهم مواجه می شوند، بنابراین افراد افسرده را می توان افرادی با فیلترهایی دانست که قادر به رمزگذاری تنها اخبار بد نیستند و به خبرهای خوب هم توجه کمی دارند بنابراین، هنگامی که یک فرد افسرده با یک رویداد مثبت روبرو می شود، به این رویداد به عنوان یک رویداد تصادفی یا زودگذر و موقت نگاه می کند (صولتی دهکردی، ۱۴۰۲). درمان شناختی رفتاری<sup>۹</sup> (CBT) نوعی گفتگو درمانی است که بر اساس اصول روان شناختی رفتارگرایی (که به روش هایی می پردازد که رفتار را می توان کنترل یا اصلاح کرد) و نظریه های شناخت (که بر درک چگونگی تفکر، احساس و دیدگاه افراد تمرکز می کند) است که بر تلاش ها برای تغییر الگوهای تفکر و رفتار تمرکز دارد (وینگاردت و همکاران، ۲۰۲۳) و در میان رویکردهای غیر دارویی، اهمیت بالایی دارد (صالحی و همکاران، ۱۳۹۹). در رویکرد شناختی رفتاری یک اصل مهم وجود دارد و این است که افکار افراد بر احساسات و در پی آن بر رفتار آن ها تأثیر مستقیم می گذارد و این رویکرد معتقد است که افراد بیشتر از آنکه به خود رویداد بپردازند در آن ها بازنمایی شناختی از رویداد قوی تر است و به این بازنمایی شناختی پاسخ می دهند (لی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). تفکر متقاضیان درمان افسرده مفهوم مثلث شناختی است، این متقاضیان درمان، افکار و باورهای منفی و تأثیرگذار زیادی در مورد خود، دیگران و جهان دارند (بک و همکاران، ۲۰۰۰<sup>۱۱</sup>). به طور کلی محتوای تفکر افسردگی بر اساس مثلث شناختی شامل نگرش تحریف شده و منفی نسبت به خود، تجربیات فعلی و آینده است. پژوهش های نشان دادند درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود وضعیت تنظیم هیجانات می شود مطالعه قاسم زاده نساجی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد مداخله شناختی - رفتاری باعث افزایش راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی می شود. در پژوهشی دیگر که توسط قربانی و همکاران (۱۳۹۹) انجام شد نشان دادند شیوه درمانی شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجانات تأثیر معناداری دارد همچنین باقری نیا و همکاران (۱۴۰۰) گزارش کردند درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی تأثیر دارد.

#### مواد و روش ها:

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی زنان افسرده ۲۵ تا ۴۵ ساله با تشخیص افسردگی در شهرستان ساری در سال ۱۴۰۲ بودند. از بین آن ها تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی (با روش قرعه کشی) در گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل)

<sup>۸</sup>Baddly

<sup>۹</sup>cognitive behavioral therapy

<sup>۱۰</sup>Weingardt.et al.

<sup>۱۱</sup>Li et. al

<sup>۱۲</sup>Beck et. al.

جایگزین شدند. تعداد نمونه لازم بر اساس پژوهش های مشابه (قربانی و باقری نیا و همکاران) و با مراجعه به جدول Cohen تعیین شد. با در نظر گرفتن اندازه اثر، ۰/۰۴/ سطح اطمینان، ۰/۹۵/ توان آزمون ۰/۸۰/ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۲ نفر محاسبه شد؛ اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه ها وجود داشت و همچنین در جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن تشخیص افسردگی، حداقل سطح تحصیلات دیپلم و عدم دریافت درمان روان پزشکی و دارویی هم زمان در ۶ ماه اخیر بود. ملاک های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. ج) در پایان از شرکت کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد.

### ابزار گردآوری داده ها:

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس (ERQ) (۲۰۰۳): پرسشنامه تنظیم هیجان گراس<sup>۳</sup> به منظور اندازه گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان<sup>۴</sup> تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال است که جواب هر سوال به صورت طیف لیکرت هفت درجه ای از به شدت مخالف تا به شدت موافقم می باشد. هرچه فرد نمره بالاتری کسب کند، به منزله ی برخورداری از تنظیم هیجان بالایی است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه می باشد. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از به شدت مخالف (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می دهند. سوالات ۲، ۴، ۶ و ۹ پرسشنامه بعد سرکوبی را موردسنجش قرار می دهند و بقیه سوالات تنظیم ارزیابی مجدد را موردسنجش قرار می دهد. پایایی و روایی در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است. کاریمان و وینگرهوتس همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش کردند. در ایران حسینی میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است و در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد. (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی: پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی<sup>۵</sup> توسط دنیس و ندروال<sup>۶</sup> و در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال و ۳ خرده مقیاس جایگزین ها، کنترل و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی (بهره برداری) می باشد. برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان های شناختی و برای بیماری های روانی به کار می رود. نمره گذاری این پرسشنامه دارای مقیاس ۵ درجه ای لیکرت است (کاملاً مخالف= ۱، مخالف= ۲، تاحدی مخالف= ۳، نه موافق و نه مخالف= ۴ تا حدی موافقم= ۵، موافقم= ۶ و کاملاً موافقم= ۷) نمره گذاری در سوالات ۲، ۴، ۷، ۹ و ۱۱ و ۱۷ به طور معکوس است. جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل آزمون

<sup>۱</sup>Gross emotion regulation questionnaire

<sup>۲</sup>Gross & John

<sup>۳</sup>Psychological Questionnaire Flexibility

<sup>۴</sup>Dennis & Vander Wal

انعطاف پذیری شناختی را به دست می دهد. همچنین، جمع نمره سؤالات مختص هر سه زیر مقیاس نیز نمره آن زیرمقیاس را نشان می دهد. بالاترین نمره ای که فرد در این پرسشنامه می تواند اخذ نماید ۱۴۰ و پایین ترین نمره ۲۰ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی پایین می باشد. در نسخه اصلی پرسشنامه، اعتبار هم زمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی Beck برابر ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵<sup>۷</sup> به دست آوردند (۲۰۱۰). در پژوهش آزادگان مهر و همکاران، آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های جایگزین ها، کنترل و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر، ۰/۵۵/۷۲، ۰/۰/۵۷ و ۰/۵۷ به دست آمد. روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تأیید قرار گرفت (آزادگان مهر و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر، میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های جایگزین ها، ۰/۷۵ کنترل ۰/۷۱ و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی ۰/۷۷ و برای کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکردند. افراد نمونه به اطلاعات جمعیت شناختی شامل جنسیت، وضعیت تأهل، سن و سطح تحصیلات پاسخ دادند. تکمیل پرسشنامه ها به صورت خود گزارشی بوده است. در این پژوهش ریزش نمونه ها وجود نداشت. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۱ پروتکل درمان شناختی رفتاری (مرادی و فتحی، ۱۳۹۵)

جلسات	اهداف	محتوا	تمرین خانگی
جلسه اول	بررسی وضعیت و تشخیص اولیه	مصاحبه بالینی و ایجاد ارتباط اولیه توضیح در ارتباط با اهداف	ثبت افکار روزانه
جلسه دوم	بازگویی شناختی و تخلیه هیجانی	بازگویی روان شناختی و تخلیه هیجانات	ثبت افکار روزانه
جلسه سوم	آگاهی از هیجانات	آموزش نحوه بروز هیجانات و کنترل آن ها و آگاهی از افکار خودکار	ثبت خطاهای شناختی و بررسی افکار جایگزین
جلسه چهارم	کاهش نشانه های برانگیختگی	استفاده از روش های جسمی، روش جایگزین ذهنی افکار و خاطرات خوشایند	آرامش بخشی عضلات روزانه
جلسه پنجم	مقابله با افکار مزاحم	مقابله با احساس گناه و شرم	شناخت خطاهای شناختی و جایگزین کردن باورهای منطقی
جلسه ششم	اجتناب از خاطرات ناراحت کننده	آموزش مهارت تنظیم هیجان	انجام فعالیت های روزانه
جلسه هفتم	جایجایی نقش	آموزش مهارت های حل مسئله و تصمیم گیری و بررسی اهداف و برنامه های زندگی فرد	نوشتن نامه به خود
جلسه هشتم	ازسرگیری فعالیت های روزانه	ازسرگیری فعالیت ها و مشخص کردن هدف های فرد برای آینده	بازگشت به زندگی روزانه

نتایج

در این پژوهش تعداد ۳۰ زن افسرده به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی و با روش قرعه کشی به گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص داده شدند. در جدول ۲ ویژگی های جمعیت شناختی نمونه های مورد پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲- ویژگی های جمعیت شناختی زنان افسرده شهر ساری در سال ۱۴۰۱ بر حسب گروه های مورد بررسی

متغیر	طبقه	گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	مقدار p
وضعیت تاهل	مجرد	۸ (۵۳/۳)	۶ (۴۰)	۰/۲۱۴
	متاهل	۷ (۴۶/۷)	۹ (۶۰)	
سن	۲۵-۳۵ سال	۷ (۴۶/۷)	۶ (۴۰)	۰/۴۳۱
	۳۶ تا ۴۵ سال	۸ (۵۳/۳)	۹ (۶۰)	
تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۷)	۰/۲۸۴
	فوق دیپلم	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	
	لیسانس و بالاتر	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	

در جدول ۳ شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. نمرات آزمودنی های گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش در مراحل پس آزمون تغییرات چشمگیری داشته است.

متغیر	مرحله	گروه آزمایش n=۱۵		گروه کنترل n=۱۵	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۴۰/۸۰	۱/۶۲۴	۴۰/۷۳	۱/۲۸۲
	پس آزمون	۴۷/۷۳	۱/۳۷۴	۴۱/۷۱	۱/۹۴۴
انعطاف پذیری شناختی	پیش آزمون	۷۰/۱۳	۱/۱۱۵	۷۱/۷۳	۱/۱۹۵
	پس آزمون	۷۴/۸۰	۱/۲۶۷	۷۱/۸۰	۱/۷۶۰

قبل از تحلیل داده ها، برای اطمینان از اینکه داده های پژوهش حاضر مفروضه های زیربنایی تحلیل کوواریانس چندمتغیره را برآورد می کنند، به بررسی آن ها پرداخته شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که توزیع داده های پژوهش در زنان افسرده در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است ( $p > ۰/۰۵$ ). بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش و مؤلفه های آن در دو گروه، از طریق آزمون لوین<sup>۱</sup> انجام شد و عدم معناداری آزمون لوین برای همه متغیرهای پژوهش و مؤلفه های آن مشاهده شد ( $p > ۰/۰۵$ )؛ بنابراین، شرط همگنی واریانس های بین گروهی برای تمامی متغیرهای پژوهش و مؤلفه های آن رعایت شده است. همچنین، نتایج آزمون ام باکس<sup>۱</sup>، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه ها) در سطح ۰/۰۵ مورد تأیید قرار گرفت. لذا استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلامانع بود. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش آزمون ها در گروه های آزمایش و

<sup>۱</sup>Levene

<sup>۱</sup>M s'Box

کنترل نشان داد که مقدار  $F$  لامبدای ویلکز معنی دار می باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). بر این اساس می توان بیان داشت که دو گروه مورد مطالعه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر دارند. مجذور اتا نشان داد درمان شناختی رفتاری حدود ۷۶ درصد از تغییرات تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در زنان افسرده را تبیین می کند (جدول ۴).

جدول ۴ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تغییرات تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در زنان افسرده شهر ساری در سال ۱۴۰۱

آزمون	ارزش	مقدار $F$	مقدار $p$	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلای	۰/۷۶۶	۴۲/۴۷۷	$< ۰/۰۰۱$	۰/۷۶۶	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۲۳۴	۴۲/۴۷۷	$< ۰/۰۰۱$	۰/۷۶۶	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۳/۲۶۷	۴۲/۴۷۷	$< ۰/۰۰۱$	۰/۷۶۶	۱/۰۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۳/۲۶۷	۴۲/۴۷۷	$< ۰/۰۰۱$	۰/۷۶۶	۱/۰۰۰

برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیره با کنترل پیش آزمون انجام شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۵، می توان گفت که درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان ( $f = ۴/۴۳۶$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) و انعطاف پذیری شناختی ( $f = ۸۱/۰۲۳$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) در زنان افسرده مؤثر بود. مجذور اتا همچنین نشان داد درمان شناختی رفتاری بر ۳۲۱/۰ درصد از تغییرات تنظیم هیجان و ۳۳۸/۰ درصد از تغییرات انعطاف پذیری شناختی در زنان افسرده را تبیین می کند (جدول ۵).

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تغییرات تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در زنان افسرده شهر ساری در سال ۱۴۰۱

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار $f$	مقدار $p$	اندازه اثر
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۱	۱۹/۲۰۳	۴/۴۳۶	۰/۰۴۵	۰/۰۴۶
گروه	۳۵۰/۶۹۹	۱	۳۵۰/۶۹۹	۸۱/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۱
خطا	۱۱۲/۵۳۸	۲۶	۴/۳۲۸			
کل	۱۵۲۴۱۴/۰۰۰	۳۰				
انعطاف پذیری شناختی	پیش آزمون	۱	۱۴/۰۳۹	۱/۴۳۱	۰/۲۴۲	۰/۰۵۲
گروه	۱۳۰/۴۳۷	۱	۱۳۰/۴۳۷	۱۳/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸
خطا	۲۵۵/۰۱۱	۲۶	۹/۸۰۸			
کل	۱۵۲۴۱۴/۰۰۰	۳۰				

## بحث

این مطالعه باهدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تغییرات تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در زنان افسرده شهر ساری در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر تغییرات تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی مؤثر بود. نتایج این پژوهش با پژوهش های امیریان و همکاران (۱۴۰۲)، خالدیان و محمدی فر (۱۴۰۰)، آمتان و

همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) همسو بود. با توجه به جستجوهای انجام شده در داده پایگاه های معتبر، محقق به نتایج ناهم سو با مطالعه خود دست نیافت. در تبیین یافته حاضر که درمان شناختی رفتاری بر تغییرات تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در زنان افسرده مؤثر است می توان این گونه عنوان کرد که. شناخت درمانی مبتنی بر یک تئوری ساده است که می گوید به جای رویدادهای بیرونی، این افکار و شیوه های تفکر فرد است که خلق و خوی او را شکل می دهد؛ به عبارت دیگر، یکی از مفروضات اساسی درمان شناختی رفتاری این است که افراد بر اساس ادراک خود نسبت به اشیا و رویدادها واکنش نشان می دهند. دوم اینکه این شناخت های کاذب منجر به اختلالات عاطفی در افراد می شود. اگرچه روش ها و تکنیک های درمان شناختی رفتاری متعدد و متنوع است، اما همه آن ها یک هدف را دنبال می کنند که بازسازی شناختی است، یعنی ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری نادرست فرد و تبدیل آن به الگوهای فکری منطقی و سازگار. درمان شناختی رفتاری با ایجاد مثلث شناخت، احساس و رفتار در افراد، شواهد در برابر افکار تحریف شده بررسی می شود تا اینکه واقعیت را درک کند. هیجانات ویژگی های مفید و متعددی دارند. هیجانات می توانند توسط رویدادها و محرک های محیطی و موقعیتی که می تواند درونی یا بیرونی باشد برانگیخته شوند به محرک های محیطی برای پاسخ دادن توجه کنند می توانند شرایط را ارزیابی کنند، میزان توجه و تمرکز فرد بر آن رویداد یا محرک را تعیین کنند، هیجانات می توانند پاسخ های رفتاری تجربه ای و فیزیولوژیکی در برابر محرک ها داشته باشند و انعطاف پذیر هستند، یعنی می توان هیجانات را از نظر فیزیولوژیکی تنظیم و کنترل کرد (گراس و تامسون، ۲۰۱۹). وقتی افراد بتوانند هیجانات خود را کنترل کنند و مهارت تنظیم هیجان را در خود ایجاد کنند می توانند کنترل پذیری و واکنش های مناسب در زندگی نشان دادن را نیز تجربه کنند (گراس و تامسون، ۲۰۱۹). بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش های پیشین می توان گفت که هیجانات منفی و ناتوانی در مدیریت آن ها می تواند محرک مهمی برای ایجاد خلق خوب منفی باشد اما از آنجا که در درمان شناختی رفتاری از راهبردهای تنظیم هیجان استفاده می شود می توان گفت که درمان شناختی رفتاری می تواند محرک های مهمی چون تنیدگی و نبود مهارت های مقابله ای مناسب نبود جرات ورزی خلقی نامناسب را بهبود بخشد افرادی که قادر به کنترل هیجانات خود باشند به احتمال زیاد می توانند دوره افسردگی را با موفقیت بیشتری پشت سر بگذارند. در مدل CBT بر هیجانات و پردازش اطلاعات تأکید می شود اینکه افراد می توانند آن هیجانات را سرکوب یا کنترل کنند. هیجانات ناخوشایند باعث افزایش برانگیختگی و ایجاد هیجان منفی در افراد می شوند که افراد می توانند با یادگیری به تنظیم این هیجانات بپردازند (لیهی، ۲۰۱۰). هیجانات یکی از مهم ترین عوامل در زندگی هر فرد هستند و شاید بتوان به جرات گفت که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد می باشد تنظیم هیجان را می توان ایجاد افکار و رفتارهایی دانست که به افراد آگاهی می دهد که آن ها چه نوع هیجاناتی دارند این هیجانات در چه زمانی به وجود می آیند و چطور می توان آن ها را ابراز یا کنترل کرد. کنترل هیجانات یا تنظیم آن ها می تواند از بروز هیجان های شدید جلوگیری کند. افرادی که دارای افسردگی هستند دچار راهبردهای مقابله ای منفی و ناکارآمدی برای کاهش مشکلات خود می شوند و اگر این افراد بتوانند شرایط هیجانی خود را کنترل کنند می توانند واکنش آرام تر و منطقی ترین نشان دهند. درمان شناختی رفتاری می تواند با توجه به ارزیابی هایی که افراد از افکار و هیجانات خود نشان می دهند به کاهش خلق و خوی منفی در افراد منجر می شود. درمان شناختی رفتاری می تواند این آگاهی را از مهارت های مقابله ای در افراد ایجاد کند که بتوانند در برابر شرایط ناگوار هیجانات خود را کنترل کرده و به ثبات لازم برسند. درمان شناختی رفتاری می تواند محرک های مهمی چون تنیدگی و نبود مهارت های مقابله ای مناسب، نبود جرات ورزی، شرایط خلقی نامناسب را بهبود بخشد و به افراد اجازه می دهد به جایگزین ها فکر کنند و خود را با شرایط جدید محیط پیرامون سازگار کند که این همان انعطاف پذیری است که باعث می شود تا افراد از افکار خود آیند، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند؛ انعطاف پذیری شناختی برای انتقال سریع بین افکار مختلف و

<sup>۲</sup>Amtmann et al.



توجه به موضوعات متفاوت، به صورت همزمان بسیار مهم است. کسانی که سطح انعطاف پذیری شناختی در آنان بسیار پایین است، قادر نیستند که از یک مفهوم به مفهوم دیگری در ذهن خود سوییچ کنند و اغلب در قطاری از افکار ثابت، گیر می کنند این دسته از افراد برای سازگار کردن خود با تغییرات و محرک های جدید، با مشکلات زیادی مواجه می شوند. انعطاف پذیری شناختی، فراتر از تکامل فرهنگی و حتی تکامل بیولوژیکی ذهن، به افراد کمک می کند تا برای سازگاری با اطلاعات جدید، سیستم باورها و تفکرات قدیمی خود را به روز کنند و توانایی افراد را در سازگاری با موقعیت های جدید بهبود می بخشد، عملکرد ذهنی آن ها را نیز ارتقا می دهد (موری، آدام، مالینوفسکی و پیترا، ۲۰۱۶). افزایش انعطاف پذیری شناختی در افراد، موجب بهبود خلق آن ها می شود. اگر افراد قادر باشند موقعیت های سخت را کنترل شدنی در نظرگیرند و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه را داشته باشند، از استرس و فشارهای روانی، رهایی پیدا خواهند کرد. تمرین های شناختی رفتاری کمک می کند فرد بر اساس ارزش های انسانی خود عمل کند و توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد در فرد ایجاد شود، نه اینکه فرد از افکار و احساسات و خاطرات خود اجتناب کند؛ و این تمرین ها به فرد کمک می کند تا فکر و رفتار او در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگارتر شود و انعطاف پذیری او در برابر مسائل و رویدادها افزایش یابد. محدود بودن دامنه تحقیق به زنان افسرده شهر ساری؛ عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی، عدم وجود دوره پیگیری و عدم بهره وری از روش نمونه گیری تصادفی از محدودیت های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می شود برای از افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان ها و مناطق، دیگر و سایر افراد کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه گیری تصادفی اجرا شود و دوره پیگیری وجود داشته باشد. در سطح کاربردی پیشنهاد می شود که با توجه به اثربخشی قابل توجه درمان شناختی رفتاری بر زنان افسرده در پژوهش حاضر، پیشنهاد می گردد کارکنان مراکز درمانی در این زمینه ها آموزش ببینند و در مراکز درمانی توجه بیشتری به روان درمانی شود. از آنجاکه بسیاری از علائم روان شناختی زمینه ساز بیماری های جسمانی و یا تشدیدکننده این بیماری ها هستند پیشنهاد می شود که در بیماری های مزمن جسمی نیز توجه به روان درمانی جدی تر گرفته شود.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش حاضر، درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی زنان افسرده تأثیر دارد، از این رو استفاده از درمان شناختی رفتاری به عنوان یک مداخله روان شناختی مؤثر به منظور کاهش مشکلات روان شناختی در بیماری های خلقی و اضطرابی توصیه می شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی مؤثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می کنند.

<sup>۱</sup>Moore et al.

## منابع:

- امیریان، کامران، مامی، شهرام و احمدی، وحید. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکال در افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال سازی رفتاری مردان سوءمصرف کننده مواد. سلامت جامعه، ۱۱(۳-۴)، ۸۶-۹۵.
- باقری نیا، حسن؛ یمینی، محمد؛ جوادی علمی، لیلا؛ نورزادی، طیبه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در اختلال افسردگی اساسی. ارمغان دانش ۳ (۲۰)، ۲۱۹-۲۱۰.
- خالدیان، محمد و محمدی فر، محمدعلی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر. اعتیاد پژوهی، ۹(۳۶)، ۶۳-۸۰. SID. <https://sid.ir/paper/113839/fa>
- صالحی، سیده نرگس، افتخارصعادی، زهر و برنا، محمدرضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب آوری و خودکارآمدی دانش آموزان دختر دارای افسردگی غیر بالینی. روانشناسی اجتماعی، ۹(۶۰)، ۷۳-۵۹.
- صولتی دهکردی، کمال (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی به طور تنها و توأم با آموزش روانی خانواده در بهبود علائم اختلال افسردگی اساسی در بیماران زن. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره نوزدهم، شماره ۵، ۵۹۰ - ۴۹۱.
- قاسم زاده نساجی، سوگند؛ پیوسته گر، مهرانگیز؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری بر پاسخ های مقابله ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. مجله علوم رفتاری. ۱(۴). ۲۱-۱۱.
- قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام؛ صرامی، غلامرضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر مهارت های مقابله ای و نگهدارنده درمان با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود اعتیاد پژوهی. ۵(۱۷)، ۷۴-۵۹.
- منتظری، علی؛ فیض الهی، نریمانی؛ محمد، موسی زاده، توکل. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی، خودنپهان سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی. نشریه علمی رویش روان شناسی. ۲(۱۰)، ۸۰-۶۹.
- هارون رشیدی، همایون؛ کاشی زاده، پریسا و کاظمیان مقدم، کبری (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر ادراک خود و ابراز وجود دانش آموزان با نارسایی یادگیری. فصلنامه کودکان استثنایی ۳(۲۰)، ۴۸-۳۷.
- Amtmann, D. Bamer, A. M. Cook, K. F. Askew, R. L. Noonan, V. K. & Brockway, J. A. (2021). University of Washington self-efficacy scale: Effects of cognitive behavioral therapy A new self-efficacy scale for people with disabilities. Archives of physical medicine and rehabilitation, 93(10), 1757-1765.
- Azadegan Mehr M, Asgari Ebrahimabad MJ, Moeenizadeh M. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Anxiety, Cognitive Flexibility and Resilience of Divorced Mothers. Quarterly Journal of Woman and Society 2021; 12(45): 57-69. [Farsi]
- Baddly, A. (2019). the episodic buffer: New component of working memory? Trends cogn sci, 4 (11), 417 - 423.

Beck, M. I. Knegsman, D. M. W. Beekman, A. T. F. & Deeg, D. J. H. (2000). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Journal of Social Science and Medicine*, 59, 769-782.

Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cog Ther Res* 2010; 34(2): 241-53.

Di, Z. Gong, X. Shi, J. Ahmed, H. O. & Nandi, A. K. (2019). Internet addiction disorder detection of Chinese college students using several personality questionnaire data and support vector machine. *Addictive Behaviors Reports*. 10 (1) 100 -200.

Feyzollahi, S. Narimany, M. & Mosazadeh, T. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts, Self-concealment and Cognitive Emotion Regulation in Women with Suicidal Thoughts. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 10(2), 69-80.

Kumar Raj, S. Sachdeva, S. A. Jha, R. Sharad, S. Singh, T. Arya, Y. K. & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian journal of psychiatry*, 39, 58-62.

Li, J. Jin, J. Xi, S. Zhu, Q. Chen, Y. Huang, M. He, C. (2021). Clinical efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic subjective tinnitus. *American Journal of Otolaryngology*, 40(2), 253-۲۵۶.

Moore, M. T. Lau, M. A. Haigh, E. A. P, Willett, B. R. Bosma, C. M. & Fresco, D. M. (2022). Association between decentering and reductions in relapse/recurrence in mindfulness-based cognitive therapy for depression in adults: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(2), 137–147. <https://doi.org/10.1037/ccp0000718>.

Phillips, L. H. Henry, J. D. Nouzova, E. Cooper, C. Radlak, B. Summers, F. J. J. o. c. & neuropsychology, e. (2019). Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *Psychosis*. 36 (8), 831 -842.

Reynolds, C. F. & Patel, V. (2017). Screening for depression: the global mental health context. *World Psychiatry*, 16(3), 316.

Shahabi B, Shahabi R, Foroozandeh E(2020). Analysis of the self-compassion and cognitive flexibility with marital compatibility in parents of children with autism spectrum disorder. *Inter J Develop Dis* 2020; 66(4): 282-۸.

Sharifi Fard F, Nazari N, Asayesh H, Ghanbari Afra L, Goudarzi Rad M, Ghodrati M. (2020) Evaluation of Psychological Disorders in Nurses Facing Infected Covid-19 Patients in 2020. *Qom Uni Med Sci J* 2021; 15(2): 76-83.

Trumello, C. Babore, A. Candelori, C. Morelli, M. & Bianchi, D. J. B. r. i. (2018). Relationship with parents, emotion regulation, and callous -unemotional traits in adolescents' Internet addiction. *BioMed Research International*. 2018, 1 -10.

Weingardt, K. Cucciare, M. Bellotti, C. & Pin Lai, W. (2022). “Arandomized trial comparing two models of web-based training in Cognetive–Behavioral therapy for substance abuse counselors”. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 219–222.