



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری

مرضیه ذلیکانی

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری بوده که با روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این تحقیق متشکل از کلیه زنان دارای نشانه های نشخوار فکری که به مراکز بهداشت شهرستان ساری در بین ماه های آذر تا بهمن سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده اند، بود. تعداد ۴۵ نفر نمونه در قالب ۳ گروه ۱۵ نفره (دو گروه های آزمایشی و یک گروه کنترل) با شیوه نمونه گیری در دسترس مشخص شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه نشخواری فکری نالن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) استفاده شد. نتایج نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است نشخوار فکری را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری بهبود بخشد. همچنین نتایج نشان دادند که بین اثربخشی دو روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان نشخوار فکری مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت معنادار وجود دارد و اثربخشی درمان ACT بیشتر بوده است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری.

مقدمه

در سال های اخیر، بررسی الگوهای تفکر و افکار در اختلالات هیجانی و نقش آن ها در دوام این اختلال ها، مورد توجه متخصصین و پژوهشگران بالینی قرار گرفته است. یکی از انواع این الگوها، نشخوار فکری است (شاه حسینی و معنوی پور، ۱۳۹۵). نشخوار فکری واژه ای عمومی است که معمولاً به چندین نوع تفکر اشاره می کند و غالباً به عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده کننده در پاسخ به خلق پایین شناخته می شود (پاپاجورجیو و ولز؛ ترجمه یوسفی، بهرامی برکتین، ۱۳۸۶). نشخوار فکری افکار مقاوم و عودکننده ای است که گرد موضوعی معمول دور می زند. این افکار به صورت غیرارادی وارد آگاهی می شود و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می کند. تفاوت بین آنچه در واقعیت رخ می دهد و آنچه در ذهن و فکر می گذرد نشخوار فکری را در فرد بر می انگیزاند. افرادی که سطوح بالایی از نشخوار فکری دارند، در شرایط بد و منفی شرایط را تحلیل نمی کنند بلکه خود را سرزنش می کنند و نمی توانند راه حل های کافی و مؤثر برای مشکلات خود بیابند، آنها بیشتر بر جنبه های منفی حوادث تمرکز می کنند و بیش از افرادی که نشخوار فکری ندارند در حالت های هیجانی منفی باقی می ماندند (اکبری و صیادپور، ۱۳۹۷). نکته مهمتری که اشاره به آن حائز اهمیت بسیار است، مطرح بودن باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه ای به عنوان مؤلفه های فراتشخیصی است که اخیراً مورد توجه بسیاری از پژوهشگران و متخصصان بالینی بوده است. در واقع فراشناخت در پژوهش های مختلف به عنوان عامل خطر مشترک شناخته شده است که در دامنه ای از اختلال های روانشناختی نقش دارد (برگمن و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از دلایل بکار گیری درمان های روانشناختی در مقایسه با درمان های دارویی و درمان با تشنج برقی این است که درمان های دارویی با وجود آنکه به طور کلی کاهش قابل ملاحظه ای را در نشانه های بیمارگون موجب می شوند، ولی این بیماران در مقیاس های افسردگی، اغلب بسیار بالاتر از سطوح هنجاری آزمودنی های غیر افسرده قرار می گیرند (مک لین^۱ و هکستیان^۲، ۱۹۷۹، به نقل از گنجی، ۱۳۹۵). یکی از این راهکارهای درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) رویکردی فرایند مدار است که به عنوان یکی از رواندرمانی های موج سوم شناخته می شود. درمان پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در رواندرمانی مورد استفاده قرار می گیرد (هیز، استروسال و ویلسون^۳، ۲۰۱۲) و یک روش درمانی است که تمرکز حواس (متمرکز شدن بر یک روش خاص: بر روی هدف، در لحظه ی حال، قضاوت غیر منصفانه) و پذیرش (گشودگی، تمایل به حفظ ارتباط) و مهارت هایی برای پاسخ به تجارب غیر قابل کنترل و در نتیجه متعهد شدن به ارزش های شخصی را می آموزد. درمانی است برای کمتر کردن نگرانی ها همراه با از بین بردن افکار ناخواسته، هیجان ها و احساسات اغلب به عنوان نشانه های اختلال روانی دیده می شود) و نگرانی زیاد همراه با انعطاف پذیری روانشناختی (توانایی برای تغییر رفتار بسته به اینکه چگونه این رفتار برای زندگی بیمار در طولانی مدت مفید و قابل درک است. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روانشناختی است (میرزایی و نونهال، ۱۳۹۶). پیام اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عبارت است از پذیرش چیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هرآنچه که در کنترل فرد است (هیز، لوما، باند، ماسودا، لیلیس^۴، ۲۰۰۶). در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد بافت گرا است که با مراجع به چالش می پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود (هیز، ۲۰۰۸؛ به نقل از شیدایی اقدم، شمس الدینی لری، عباسی، یوسفی، عبداللهی و مرادی جو، ۱۳۹۳).

1. Mclean
2. Hakstian
3. Hayes, Strosahl & Wilson
4. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

درمان شناختی-رفتاری یک سیستم روان درمانی است که می‌کوشد از طریق ایجاد تغییر در تفکر معیوب و باورهای ناسازگارانه ای که زیربنای واکنش‌های هیجانی را تشکیل می‌دهند، واکنش‌های هیجانی و رفتاری خود آسیب‌زننده را کاهش دهد (کری و همکاران، ۲۰۱۰). کاربرد رویکرد شناختی-رفتاری در موقعیت‌های گروهی با تأکید بر شناسایی باورهای نادرست، منفی و غیر منطقی تأثیر گذار بر عواطف و رفتارهای بیماران و اصلاح این باورهای زیربنایی با استفاده از فنون شناختی و رفتاری است (خداباری فرد و همکاران، ۱۳۹۶).

درمان شناختی-رفتاری بر کاهش فروانی و شدت پاسخ‌های سازش نیافته درمانجویان و آموزش مهارت‌های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش یافته تر تأکید می‌شود (مامی و امیریان، ۱۳۹۴). درمان شناختی رفتاری پیشرفت جدیدی در درمان‌ها به شمار می‌آید. در سال‌های اخیر این نوع درمان پیشرفت زیادی کرده و روش‌هایی ایجاد شده است که به نحو وسیعی در درمان افسردگی، اضطراب، ترس، درد و اعتیاد کارایی دارد. این شیوه در مدت کوتاهی توانست علاقه متخصصان بالینی را به خود معطوف سازد. سه دلیل عمده، برای این علاقه وجود دارد. نخست آن که روش‌های شناختی-رفتاری برعکس سایر شکل‌های رفتار درمانی، به طور مستقیم با افکار و احساسات سر و کار دارد. دوم آن که شکاف موجود بین درمان رفتاری و روان‌درمانی‌های پویا را پر می‌کند. سوم آن که برعکس روان‌درمانی پویا، پایه‌های علمی و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی از خود نشان می‌دهد (خلعتبری و آقاجانی، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش تبریزی و همکاران (۱۳۹۸) با عنوان تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت در بهبود نگرانی و نشخوار زنان مطلقه تأثیر معنی‌دار داشته است. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برای کاهش نگرانی و نشخوار فکری می‌توان از مداخلات مبتنی بر تلفیق درمان پذیرش و تعهد با شفقت استفاده کرد. بکایان و نامی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر نشخوار فکری دختران بی‌سرپرست که بر روی ۲۰ نفر از دختران بی‌سرپرست شهرستان نیشابور انجام گرفت نتایج نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به روش گروهی باعث کاهش نشخوار فکری دختران بی‌سرپرست می‌گردد. بر این اساس پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا بین درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر با روش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل انجام. جامعه آماری متشکل از کلیه زنان دارای نشانه‌های نشخوار فکری که به مراکز بهداشت شهرستان ساری در بین ماه‌های آذر تا بهمن سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده‌اند، بود. از میان جامعه آماری پژوهش حاضر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان کسانی که از پاسخگویی به پرسشنامه نشخوار فکری نمره بالا دریافت نمودند (بالای نمره برش) تعداد ۴۵ نفر نمونه تعیین شدند که بصورت تصادفی ساده در قالب سه گروه شامل گروه مداخلات ACT، گروه مداخلات CBT و گروه کنترل قرار گرفتند. برای دستیابی به اطلاعات لازم جهت تعیین صحت و سقم هر یک از فرضیه‌ها، از پرسشنامه نشخوار فکری توسط هوکسما و مارو در سال (۱۹۹۱) به منظور آزمون آزمودنی‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده شد. این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال می‌باشد و بر اساس طیف چهارگزینه‌ای لیکرت (۱-هرگز تا ۴-اغلب اوقات) با سوالاتی مانند (سعی می‌کنید شخصیت خود را بررسی کنید تا بفهمید که چرا افسرده‌اید) به سنجش نشخوار فکری می‌پردازد. این مقیاس واکنش‌های خلفی منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و از دو خرده‌مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل

شده که هر کدام ۱۱ عبارت را شامل می شوند. در پژوهش باقری نژاد و همکاران (۱۳۸۹) ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و برای ابعادش ۰/۹۲ و ۰/۸۹ به دست آمد و روایی پرسشنامه از طریق همبسته کردن با پرسشنامه باورهای فراشناختی ۰/۶۵ در سطح ۰/۰۰۱ گزارش شد که نشان می دهد از روایی بالایی برخوردار است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد که نشان از پایایی بالای پرسشنامه داشت. برای تعمیم داده های نمونه به کل جامعه آماری و همچنین برای تحلیل سؤالات آزمون ها، از روش های آمار استنباطی همچون مانند آزمون تحلیل کوواریانس ANCOVA، و آزمون تحلیل واریانس ANOVA مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

نتایج آزمون نرمالیتی توزیع داده ها (کلموگروف - اسمیرنوف)

جدول ۱: جدول نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

گروه	متغیر	آزمون گولموگورف اسمیرنوف	سطح معنی داری
گروه آزمایش (CBT)	نشخوار فکری	۰/۳۳۷	۰/۸۴۵
گروه آزمایش (ACT)	نشخوار فکری	۰/۶۱۵	۰/۸۴۵
گروه کنترل	نشخوار فکری	۰/۱۸۲	۰/۸۴۵

در جدول فوق سطح معنی داری متغیرهای فوق $p > ۰/۰۵$ است؛ با توجه به مقدار p و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده ها نرمال است. بنابراین مجاز به استفاده از آزمون های پارامتریک می باشیم.

جدول ۲: آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

گروه	متغیر	آزمون شاپیرو-ویلک	سطح معنی داری
گروه آزمایش (CBT)	نشخوار فکری	۰/۸۱۲	۰/۲۳۵
گروه آزمایش (ACT)	نشخوار فکری	۰/۹۰۸	۰/۳۶۴
گروه کنترل	نشخوار فکری	۰/۱۷۱	۰/۱۲۴

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای تحقیق تایید می شود. با توجه به اینکه سطح معنی داری بدست آمده از ۰/۰۱ بیشتر است ($p > ۰/۰۱$)، نتیجه می گیریم توزیع جامعه نرمال است.

نتایج پیش فرض دوم: وجود همگنی ماتریس های کوواریانس

جدول ۳: بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش آزمون

مداخله	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	خطا	F	سطح معنی داری
درمان CBT	نشخوار فکری	۱۰/۹۹	۱	۱۱	۱/۵۶	۰/۱۸۹
درمان ACT	نشخوار فکری	۱۴/۰۵۲	۱	۱۱	۱/۲۲۴	۰/۲۲۱

مقادیر F بدست آمده برای بررسی تعامل بین متغیر مستقل و پیش آزمون، از نظر آماری معنادار نیست ($P > 0.05$)؛ به عبارتی گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون از میزان نشخوار فکری یکسانی برخوردار بودند. بنابراین مفروضه های همگنی رگرسیون مورد تأیید است.

نتایج پیش فرض چهارم: یکسانی واریانس ها

جدول ۴: آزمون لون برای بررسی همگنی یا یکسانی واریانس

مداخله	متغیر	F	df1	df2	Sig
درمان CBT	نشخوار فکری	۰/۵۴۲	۱	۱۴	۰/۴۶۸
درمان ACT	نشخوار فکری	۰/۴۰۳	۱	۱۴	۰/۳۵۷

آزمون لون برای بررسی فرض یکسانی واریانس ها انجام می پذیرد. با توجه به نتایج آزمون لون معنی دار نبودن مقدار آماره f لون، برابری واریانس ها متغیر های وابسته برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است. همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده شد پس از تعدیل نمرات گروه های آزمایشی و گروه کنترل در پس آزمون نشخوار فکری و افسردگی با هم اختلاف دارند. برای بررسی این نکته که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است یا نه و ناشی از اثر آموزشی است، تحلیل مانکوا با روش تصحیح "بن فرونی" انجام پذیرفت.

فرضیه اول: درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری اثربخش است.

جدول ۵: نتایج آزمون اثر درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری

منابع تغییرات	مجموع مجذورات Ss	درجه آزادی dF	میانگین مجذورات MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر η^2
نشخوار فکری	۸۹۲/۸۱۰	۱	۸۹۲/۸۱۰	۱۱۲/۲۹۴	۰/۰۰۰	۰/۷۷۰
خطا	۲۷۰/۳۲	۱۴	۷/۹۵			
پاسخ نشخواری	۶۹۶/۳۷۹	۱	۶۹۶/۳۷۹	۱۶۸/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۷۶۱
خطا	۱۰۳/۲۰۶	۱۴	۴/۱۲۸			
پاسخ منحرف کننده حواس	۱۳۷۴/۵۰۴	۱	۹۰۶/۱۷۶	۷۹/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۸۷۱
خطا	۴۳۰/۶۱۶	۱۴	۱۷/۲۲۵			

با توجه به نتایج جدول فوق درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری $F(1, 11) = 112/294$ مؤثر بوده است ($P < 0.01$)؛ مجذور سهمی η^2 این اثر را (۰/۷۷۰) نشان می دهد. معنی دار شدن تاثیر نشانگر آن است که گروه درمانی شناختی رفتاری توانسته است نشخوار فکری و مولفه های آن را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری کاهش دهد.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری اثربخش است.

جدول ۶: نتایج آزمون اثر درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری

اندازه اثر η^2	سطح معنی داری	F	میانگین مجزورات MS	درجه آزادی dF	مجموع مجزورات Ss	منابع تغییرات
۰/۵۲۴	۰/۰۰۰	۱۲۲/۶۳	۱۹۵۶/۲۳۰۴	۱	۱۹۵۶/۲۳۰۴	نشخوار فکری
			۱۳/۰۵۴	۱۴	۳۰۰/۲۴۲	خطا
۰/۳۱۴	۰/۰۰۴	۱۳۶/۸۴	۱۰/۵۳	۱	۱۶۳/۸۴	پاسخ نشخواری
			۱۵/۵۶	۱۴	۳۵۷/۸۶۸	خطا
۰/۶۲۳	۰/۰۰۰	۱۵۷/۶۷	۵۷/۷۹۴	۱	۱۵۷/۶۷	پاسخ منحرف کننده حواس
			۴/۱۷۲	۱۴	۹۵/۹۶	خطا

با توجه به نتایج جدول فوق درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری $F(1, 14) = 122/63$ مؤثر بوده است ($P < 0/01$)؛ مجذور سهمی η^2 این اثر را (۰/۵۲۴) نشان می دهد. معنی دار شدن تاثیر نشانگر آن است که گروه درمانی شناختی رفتاری توانسته است نشخوار فکری و مولفه های آن را در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری بهبود بخشد.

فرضیه سوم: اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری متفاوت است.

جدول ۷: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه گروه های کنترل، درمان CBT و درمان ACT (نشخوار فکری)

سطح معنی داری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	منابع تغییر
۰/۰۰۰	۱۲/۰۱۸	۵۰۴/۵۹۱	۲	۱۰۰۹/۱۸۲	بین گروه ها
		۴۱/۹۸۶	۴۲	۱۱۳۳/۶۱۵	درون گروه ها
			۴۴	۲۱۴۲/۷۹۷	کل

یافته های جدول فوق، نشان می دهد سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵٪ می توان قضاوت کرد بین اثربخشی دو روش درمان CBT و درمان ACT با یک گروه گواه در نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور مقایسه دو به دو میانگین ها از آزمون های تعقیبی استفاده شد. به دلیل عدم تجانس واریانس گروه ها در این پژوهش از آزمون تعقیبی دانت استفاده شد.

جدول ۸: نتایج آزمون دانت به منظور مقایسه ی دو به دوی روش درمانی (نشخوار فکری)

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه مورد مقایسه
۰/۰۰۰	۱/۲۸۷	۶/۶۳۹	درمان CBT - درمان ACT
۰/۱۳۶	۳/۴۰۴	-۷/۵۵۸	درمان CBT - کنترل
۰/۰۰۵	۳/۴۵۵	-۱۴/۱۹۷	درمان ACT - کنترل

یافته های جدول فوق نتایج آزمون دانت را نشان می دهد، همانگونه که ملاحظه می شود، بین کاهش میزان نشخوار فکری در دو گروه درمانی (درمان CBT - درمان ACT) در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج جدول نشان می دهد، گروه کنترل به غیر از گروه درمان CBT با گروه درمان ACT در کاهش میزان نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت معناداری دارد. لذا می توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان ACT بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج فرضیه اول نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش نشخوار فکری و مولفه های آن می شود که این نتیجه با یافته های پژوهش حسین لو و همکاران (۱۴۰۰) و حمیدی و همکاران (۱۳۹۹) همسو می باشد.

در تبیین یافته های فوق می توان گفت که زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری به دلیل نوع بیماری خود یا دلایل مراجعه به مراکز درمانی و وضعیت ذهنی ای که در اثر آن دارند، در مقابله با چالش بیماری همواره ممکن است نشخوار فکری بالایی را نشان دهند. اما در پژوهش حاضر مشخص گردید که مداخله گروه درمانی به روش شناختی رفتاری باعث کاهش نشخوار فکری می گردد. باید گفت مداخله شناختی رفتاری با ارائه تکنیک هایی مانند آرمیدگی و تصویر سازی ذهنی بعلاوه فنون به چالش گیری و روش های تغییر باور هایی که در پژوهش حاضر استفاده شد به گونه ای موثر در کاهش نشخوار فکری کاربرد دارد به گونه ای که بر احساس عدم کنترل بر شرایط و نگاه منفی، که مسبب بروز نشخوار فکری در افراد می شود، اثرگذار است. می توان گفت مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری سبب افزایش تعاملات فردی و اجتماعی با اعضا خانواده خود و پرسنل درمان شده و سبب می شود این زنان تعاملات بیشتری با محیط خود برقرار سازند و در روند درمان با تقویت های کلامی مثبت و امیدواری، فشارهای روانی کمتری درباره بیماری و محیط درمانی ادراک کنند و احساساتی چون خشم و ناامیدی در این افراد کاهش یابد.

همچنین جدای از این مولفه ها، تاثیر و مفید بودن گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی را نباید نادیده گرفت. گروه درمانی به بیماران کمک می کند تا مهارت های اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک می رسند که دیگران نیز مانند آنان نیز مشکلاتی دارند. در پژوهش حاضر درمان شناختی رفتاری به دلیل گروهی بودن، آزمودنی ها تجربه مشکلات تنش های ناشی از نشخوار فکری را به صورت مشترک ادراک نموده و این سبب شد تا با آموزش استفاده از راهبرد مقابله مناسب، اضطراب، اجتناب و پریشانی و ترس از ارزیابی منفی در این افراد کاسته و در مقابل دچار نشخوار فکری کمتری شوند و قدرت نگرش واقعینانه و برقراری ارتباط متقابل با دیگران آن ها افزایش یابد و همچنین احساس تنش یا ناتوانی در تنش زدایی، نا آرامی و بی قراری، گریز از ارتباطات معمول و دل مشغولی های مفرط آنها کاهش یابد. می توان گفت در درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی به دلیل اینکه آموزش بازسازی شناختی از فعالیت های تقویت کننده ارائه شد، سبب شد تا افراد در رویارویی با مشکلات خود با حفظ خویشتن در برابر مشکلات دلوپسی، تحریک پذیری، هراس، بیثباتی، احساس خطر، بی قراری، ترس و ناتوانی در حفظ آرامش و دشواری در تمرکزشان کاسته شود. در نتیجه می توان گفت، مداخله گروه درمانی به روش شناختی رفتاری، با تغییر سبک زندگی و ایجاد الگوهای ارتباطی و مقابله شناختی و رفتاری

مناسب برای مقابله با تنش ها در کاهش نشخوار فکری موثر است و با تغییر الگوهای پاسخ سبب گردید تا نشخوار فکری کاهش یابد. بنابراین، می توان گفت مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری اثربخش است.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری اثربخش است. نتایج نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش نشخوار فکری می شود که این نتیجه با یافته های پژوهش قدمپورو همکاران (۱۳۹۸)، دمهری، سعیدمنش و جلا (۱۳۹۷)، نامنی، عبدالله زاده، پیرانی و جاجرمی (۱۳۹۷)، بکاییان و نامنی (۱۳۹۵)، پاتس و همکاران (۲۰۱۶) همسو می باشد. در این مطالعه که روی بیماران دچار اختلال استرس مزمن چندگانه انجام شد نتایج نشان داد که ACT سطح تضاد شناختی و باورهای منفی را کاهش می دهد ولی میزان کاهش معنی دار نبوده است. در برخی دیگر از مطالعات ناهمسو مانند تحقیق النبرگ و همکاران (۲۰۱۷)، پکتاس و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داده اند که ACT بر تغییر سطح یا کاهش افکار خودآیند منفی ذهنی-بدنی تأثیر معنی داری ندارد.

در تبیین یافته های فوق می توان گفت که آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی قید و شرط مشکل و بیماری است، باعث می شود که افراد مهارت های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که بیماران و مراجعین مراکز درمانی دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می گذارد. آموزش شیوه های مختلف چالش با افکار غیر منطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در درمان تعهد و پذیرش، گسلش شناختی نام دارد با تأثیر بر روی این جنبه ها می تواند در نهایت بر کاهش نشخوار فکری تأثیر گذار باشد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی اند. آن چه که افکار را تبدیل به باور می کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنیشان نباشند و در عوض، شیوه هایی برای تعامل موثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می شود، بیابند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می شوند، ذاتاً برای سلامتی مضر نیستند. آسیب زا بودن آنها از این ناشی می شود که آنها، تجارب آسیب زا، ناسالم و بدی دیده می شوند که آنچه را که ادعا می کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند. تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید زیادی دارند. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و به این معنی است که فرد توانسته یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت و در نتیجه طبق آن فکر عمل نمی کند (گسلش). تمرینات گسلش به مراجع کمک می کند که با خودپنداره بدنی به شیوه متفاوت تعامل داشته باشد که باعث افزایش خزانه رفتاری مراجع می شود. هنگامی که مراجع با وجود افکار، مطابق آنها رفتار نمی کند و رفتاری را در راستای ارزش های فردی اش (نه افکار) انجام می دهد، تجربه جدیدی خواهد داشت. اگر تا کنون به دلیل افکار و یا احساسات ناخوشایند کاری را انجام نمی داد و این بار با وجود آن افکار و احساسات عمل می کند و متوجه خواهد شد که توان انجام آن را دارد و خودپنداره بدنی او افزایش می یابد و همچنین این تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهدانه می تواند منجر به تغییر در نگرش افراد در جهت سلامت روانی آنان و سازگاری و همچنین احساس شادی و خوشحالی از زندگی و بهتر شدن کیفیت زندگی و شغل می گردد.

فرضیه سوم: اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری متفاوت است. بر اساس نتایج حاصل از این فرضیه مشخص گردید که با اطمینان ۹۵٪ می توان قضاوت کرد بین اثربخشی دو روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه در کاهش نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری تفاوت معنی داری وجود دارد. عبارت دیگر، هر دو روش درمانی بر کاهش نشخوار فکری موثر بوده اند. همچنین مقایسه دو به دو میانگین ها نشان داد که بین کاهش میزان نشخوار فکری در گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد اما در گروه کنترل و گروه درمان شناختی-رفتاری این تفاوت معنادار نمی باشد. بنابراین می توان اینگونه نتیجه گیری نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری تاثیر درمانی بیشتری بر کاهش نشخوار فکری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت ساری داشته است. بر این اساس با توجه به اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری زنان پیشنهاد می گردد مدیران بهداشتی و بهداشت برای کاهش سطح نشخوار فکری و افسردگی زنان، کلاس های گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مراکز تحت پوششان به ویژه مراکز مشاوره برگزار کنند.

منابع

- اکبری، محمد؛ صیادپور، زهره. (۱۳۹۷). نقش نارسایی هیجانی و نشخوار فکری در پیش بینی رضایت از زندگی مبتلایان به چاقی. روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی، ۱۵ (۵۷)، ۵۹-۶۹.
- حسین لو عقیل، پورنقاش تهرانی سیدسعید، جعفری روشن فریبا، چهره سا علیرضا، دارابی مجید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان، پس از خیانت همسر. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۲۰ (۱۰۳): ۹۹۹-۱۰۱۴.
- حمیدی، مصطفی، شاهمرادی، سمیه، جواهری محمدی، عباس، رهبان فرد، حسن. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشخوار فکری در دختران نوجوان ورزشکار حرفه ای دارای آسیب ورزشی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۱ (۲)، ۱۸۰-۱۶۵.
- تبریزی، فاطمه، و قمری، محمد، و فرحبخش، کیومرث، و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه. مطالعات روان شناختی، ۱۵ (۲)، ۵۹-۴۱.
- پاپاجورجیو، کاستاس؛ ولز، آدریان. (۱۳۸۶). نظریه های جدید در اختلال افسردگی ی، (مترجم زهرا یوسفی، فاطمه بهرامی، مجید برکتین). اصفهان: انتشارات ارکان دانش.
- تبریزی، فاطمه، قمری، محمد، فرحبخش، کیومرث، بزازیان، سعیده. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر نگرانی و نشخوار فکری زنان مطلقه. مطالعات روان شناختی، ۱۵ (۲)، ۶۰-۴۱.
- بکایان، حشمت و نامنی، ابراهیم، ۱۳۹۵، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر نشخوار فکری دختران بی سرپرست، چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، <https://civilica.com/doc/621254>
- خدایاری فرد، محمد؛ سبزووش، نسرین؛ غباری بناب، باقر؛ غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر سبک های دلبستگی. مطالعات روانشناختی، ۱۳ (۱)، ۶۳-۸۲.

- خلعتبری، جواد؛ و آقاجانی، محمد جواد. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و افسردگی افراد وابسته به شیشه. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۴ (۱۶)، ۱۰۹-۱۳۰.
- شاه حسینی، آرزو؛ معنوی پور، داود. (۱۳۹۵). ارائه مدل علی برای نشخوار فکری بر اساس متغیرهای روانشناختی مثبت و منفی. شفای خاتم، ۴ (۳)، ۵۱-۶۴.
- شیدایی اقدم، شوان؛ شمس الدینی لری، سلوی؛ عباسی، سمیه؛ یوسفی، سارا؛ عبداللهی، صفیه؛ مرادی جو، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹ (۳۴)، ۵۷-۸۸.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۵). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM5*. تهران: ساوالان.
- مامی، شهرام؛ امیریان، کامران. (۱۳۹۴). تأثیر درمان گروهی شناختی-رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. زن و مطالعات خانواده، ۸ (۳۰)، ۶۹-۸۲.
- میرزایی، مصلح؛ نونهال، سامان. (۱۳۹۶). *تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. نشر ارجمند.
- Bergman Nordgren, L., Hedman, E., Etienne, J., Bodin, J., Kadowaki, K., Eriksson, S. & et al. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internetdelivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 59, 1-11.
- Corey, G., Corey, M. S., Callanan, P., & Russell, J. M. (2010). *Group technique* (3rd Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44 (1), 1-25.
- Hayes, S.C., Pistorello, J., & Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hou, Yuh-Ming., Stewart, Lydia., Iao, Lai-Sang., Wu, Chin-Chin. (2018). Parenting stress and depressive symptoms in Taiwanese mothers of young children with autism spectrum disorder: Association with children's behavioural problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, doi: 10.1111/jar.12471.
- Lombert, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2017). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *The General psychology*, 9 (2), 111-131.
- Rey, Joseph. M., Bella-Awusah, Tolulope. T., Liu, Jing. (2015). Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Robertson, Donald. (2010). *The Philosophy of Cognitive-Behavioural Therapy: Stoicism as Rational and Cognitive Psychotherapy*. London: Karnac.

- Roemer, L., Orsillo, S.M., Roemer, L. (2010). *Mindfulness- And Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice*. London, UK: Guilford Press.
- Su, Xueyun., Ying Cai, Ru., Uljarević, Mirko. (2018). Predictors of Mental Health in Chinese Parents of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *J Autism Dev Disord*, 48: 1159.
- Suckling, J. (2015). Structural Abnormalities in Autism Spectrum Disorder. *Brain Map*, 3 (1): 1031-1036.
- Tarabek, J. (2011). Relationship satisfaction and mental health of parents of children with autism: A comparison of autism, ADHD and normative children. Virginia polytechnic institute and state univ.
- Vowles, Kevin E., Sowden, Gail., Hickm, Jayne., Ashworth, Julie. (2019). An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 115, 46-54.
- Webster, A., Filer, A., Webster, V., & Lovell, C. (2004). Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of Early Childhood Research*, 2, 25.
- Zlomke, K. R., & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, 48 (4), 408-413.