

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت: کارآزمایی بالینی تصادفی

احمدرضا ورمزیار^۱، بهنام مکوندی^۲، ناصر سراج خرمی^۳، فردین مرادی‌منش^۴، نگین مرادی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افسردگی به عنوان یک عامل هیجانی، یکی از اختلالات روانی است که باید به صورت جدی به آن توجه شود. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با گروه شاهد و جامعه آماری شامل افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر آبادان بود. بدین ترتیب، ۳۰ فرد مبتلا به افسردگی که تمایل به شرکت در تحقیق داشتند، از بین افراد واجد ملاک‌های ورود به طور هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد جایگزین شدند (هر گروه شامل ۱۵ نفر). از افراد داوطلب درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های پژوهش را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کنند. سپس گروه آزمایش در ۹ جلسه درمان CBT شرکت نمودند و گروه شاهد در لیست انتظار درمان بود. پس از پایان جلسات درمان در گروه آزمون، هر دو گروه به پرسش‌نامه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نسخه فارسی پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck depression inventory) یا BDI)، پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی، پرسش‌نامه نشخوار فکری و پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل ANCOVA و MANCOVA در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: روش CBT گروهی تأثیر معنی‌داری بر اضطراب اجتماعی ($P \leq 0/001$)، نشخوار فکری ($P \leq 0/001$) و کیفیت زندگی ($P \leq 0/001$) افراد مبتلا به افسردگی داشت.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که روش CBT گروهی بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی مؤثر می‌باشد و می‌توان این رویکرد را در جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی توصیه کرد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب اجتماعی؛ افسردگی؛ بهزیستی روان‌شناختی؛ درمان شناختی- رفتاری؛ نشخوار فکری

ارجاع: ورمزیار احمدرضا، مکوندی بهنام، سراج خرمی ناصر، مرادی‌منش فردین، مرادی نگین. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت: کارآزمایی بالینی تصادفی. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۴۰۰؛ ۱۷.

تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۲

عمده بیماری (پس از بیماری قلبی- عروقی) در سراسر جهان تبدیل خواهد شد (۳). این آمار علاوه بر افزایش میزان شیوع، به ناکافی بودن اقدامات صورت گرفته در پیشگیری و درمان این اختلال اشاره دارد (۴، ۵). با توجه به این که افسردگی اختلالی عودکننده و طاقت‌فرسا است، شناخت عوامل بروز و درمان به‌موقع آن از اهمیت بالایی برخوردار است (۶). یکی از عوامل مهم تأثیرگذار در

مقدمه

یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی (Mental disorders)، افسردگی (Depression) می‌باشد (۱). برآوردهای همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که شیوع این اختلال بین ۱۳ تا ۱۹ درصد می‌باشد (۲) و به عنوان یک اختلال شایع و رو به رشد، طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ به دومین علت

۱- گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

۴- دانشیار، گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

نویسنده مسؤول: بهنام مکوندی؛ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

Email: b.makvandi@iauahvaz.ac.ir

ناخوشایندی که ممکن است در زندگی آنان اتفاق بیفتد، کنار بیابند (۱۷). بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع و این که اثربخشی این درمان تاکنون بر نشخوار فکری و اضطراب اجتماعی که در بین بیماران مبتلا به افسردگی شیوع دارد، بررسی نشده است؛ هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روش CBT بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی در بین افراد مبتلا به افسردگی بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده و جامعه آماری شامل افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر آبادان در سال ۱۳۹۹ بود که پس از انجام آزمون افسردگی Beck (Beck depression inventory) یا BDI)، نمره بالاتر از ۱۷ را کسب کردند. روش اجرا بدین ترتیب بود که پس از هماهنگی‌های لازم با مراکز جامع سلامت شهر آبادان از طریق تماس تلفنی، در رابطه با تشکیل جلسات گروهی مشاوره برای بیماران اطلاع‌رسانی شد و از بین افراد داوطلب مراجعه‌کننده واجد شرایط ورود به مطالعه، ۳۰ نفر به صورت هدفمند (کسانی که نمره بالاتر از ۱۷ در پرسش‌نامه BDI داشتند)، انتخاب و به طور تصادفی (از طریق جدول اعداد تصادفی) در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند (هر گروه شامل ۱۵ نفر). تعداد افراد نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه 3.1.9.7 (University of Düsseldorf, Düsseldorf, Germany) و بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل برای دستیابی به توان مورد نظر، در مجموع ۳۰ نفر برآورد گردید. پس از تخصیص تصادفی افراد، جلسات گروه CBT در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و طی دو ماه در مرکز مشاوره تشکیل شد. قبل از شروع جلسات، برای اعضای گروه آزمایش، یک جلسه توجیهی برگزار و در آن توضیحات کلی در مورد گروه درمانی ارائه شد و ضمن توضیح شرایط تحقیق و معرفی پژوهشگر، از آنان جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. همچنین، در طول این جلسه، از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های تحقیق را تکمیل نمایند و بعد از برگزاری جلسات مجدد پرسش‌نامه‌های مذکور توسط هر دو گروه تکمیل شد. دو ماه پس از پایان پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیگیری مجدد تکمیل شدند. به عبارت دیگر، اعضای گروه CBT، ۹ جلسه مشاوره و درمان گروهی دریافت نمودند، اما اعضای گروه شاهد در لیست انتظار مداخله قرار گرفتند و به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش و پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های مرحله پیگیری، جلسات گروه درمانی CBT برای گروه شاهد نیز انجام گرفت.

برای اجرای پژوهش، کلیه آزمودنی‌ها قبل و بعد از اجرای جلسات درمانی، به همه گویه‌های پرسش‌نامه‌های پژوهش و سؤالات مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. پژوهشگر نیز متعهد شد که برای رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان تحقیق این مداخله را برای گروه شاهد نیز انجام دهد. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، مراجعه به مراکز جامع سلامت شهر آبادان، کسب نمره بالاتر از ۱۷ در مقیاس BDI، ساکن بودن در شهر آبادان و رضایت آگاهانه جهت شرکت در جلسات درمانی بود. وجود اختلالات روانی همبود با افسردگی نیازمند درمان‌های فوری که به تشخیص روان‌پزشک مرکز سبب ایجاد اختلال در روند طبیعی درمان گردد و عدم همکاری و ناتوانی جسمی به طوری که فرد توان شرکت در جلسات را

افسردگی، نشخوار فکری (Rumination) می‌باشد (۷).

مدل فراشناختی (Metacognitive model) اختلال افسردگی، نشخوار فکری را ویژگی مهم افسردگی معرفی می‌کند. هدف درمان فراشناختی، درک علل نشخوار فکری و حذف این فرایند ناسازگارانه است. در مورد نشخوار فکری تعریف واحدی وجود ندارد، اما می‌توان آن را هر نوع فکر یا گرایش به تکرار شدن در نظر گرفت (۸). گام مهم در درک علل افسردگی در درمان فراشناختی، ایجاد مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی می‌باشد که ریشه در مدل کارکرد اجرایی (Executive function) خودنظم‌بخش (Self-regulatory) در اختلالات روان‌شناختی دارد (۹). این مدل فرض می‌کند که افراد آسیب‌پذیر نسبت به افسردگی، اقدام به نگرانی و نشخوار فکری راجع به کارکرد باورها و فراشناخت‌های زیربنایی می‌کنند (۱۰). در خصوص مدل‌های فراشناختی افسردگی، مدل‌های شناختی (Cognitive models) منفی و نشخوار به عنوان عوامل خطر ساز در افسردگی شناسایی شده‌اند (۱۱).

از طرف دیگر، اضطراب اجتماعی (Social anxiety) یکی دیگر از متغیرهای است که به نظر می‌رسد با افسردگی ارتباط دارد (۱۳، ۱۲). بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being) به عنوان رشد استعدادها و واقعی هر فرد تعریف می‌شود (۱۴) و دارای مولفه‌های خود پیروی (Self-control)، رشد و بالندگی فردی (Individual growth)، هدفمندی (Purposefulness) در زندگی، خویش‌پذیری (Self-acceptance)، شادی (Happiness)، تسلط بر محیط (Environmental mastery) و خوش‌بینی (Optimism) می‌باشد (۱۵). یکی از درمان‌هایی که در افراد مبتلا به افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد، می‌توان به درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) اشاره نمود (۱۶).

روش CBT از تلفیق دو رویکرد رفتاردرمانی (که به طور عمده در بستر شرطی‌سازی (Onditioning) پاولفی (Pavlov) و نوبولفی می‌باشد) و رویکرد شناختی در قالب شناخت‌درمانی و در چارچوب روان‌شناسی شناختی و دانش شناخت پایه پدید آمده است. امروزه این رویکرد نظریه‌ها و نگرش‌های نسبتاً متفاوتی را در خود جای داده است که تنها وجه مشترک آن‌ها، توجه به نقش واسطه‌مند فرایندهای شناختی در پردازش اطلاعات و بروز واکنش فرد به محرک‌ها است. این رویکرد از اصطلاحات و مفاهیمی استفاده می‌کند که به نحوی در چارچوب رفتاری معنا پیدا می‌کند و قابل ارزیابی و سنجش تلقی می‌شود (۱۰). این روش درمانی به بیمار کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کند و آن‌ها را مورد بررسی قرار دهد. هسته اصلی رویکرد CBT به طور عمده بر اساس خودیاری استوار می‌باشد و هدف درمانگر، کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسایل جاری، بلکه مسایل مشابه در آینده رشد دهد (۱۱). در مجموع، می‌توان گفت که هدف این درمان عبارت است از شناسایی و بازسازی باورهای غیر منطقی (Irrational beliefs) و طرحواره‌های (Schemas) مربوط به خود، دیگران و جهان که در ایجاد آشننگی‌های هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه نقش اساسی دارند (۱۷).

در مطالعات پیشین، اثربخشی CBT گروهی بر کاهش افسردگی بیماران تومور مغزی (۱۸)، کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی (۱۹) و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن (۲۰) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. هدف رویکرد CBT گروهی، آموزش مراجعان است تا بتوانند شناخت‌های ناکارآمد خود را شناسایی و با شناخت‌های کارآمد جایگزین نمایند و با وقایع

تشکیل شده است. مقیاس RRS شامل ۲۲ عبارت می‌باشد که از پاسخ دهندگان درخواست می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (۲۴). ضریب Cronbach's alpha در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. نتایج مطالعه Treynor و همکاران نشان داد که همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است (۲۵). این مقیاس در ایران نیز از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه و ضریب Cronbach's alpha آن ۰/۸۸ به عنوان شاخصی از همسانی درونی برای مقیاس RRS محاسبه گردید (۲۶).

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی: فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی Ryff دارای ۱۸ گویه در شش خرده مقیاس به نام‌های روابط مثبت با دیگران (Positive relation with others)، پذیرش خود (Self-acceptance)، تسلط بر محیط (Environmental mastery)، خودمختاری (Autonomy)، زندگی هدفمند (Objective life) و رشد فردی (Personal growth) می‌باشد (۲۷). با جمع نمرات فرد در این مؤلفه‌ها، می‌توان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی فرد را به دست آورد. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) مشخص کند که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق است. نمره کل، میزان بهزیستی روان‌شناختی فرد را نشان می‌دهد. روایی این مقیاس به شیوه روایی هم‌زمان و با استفاده از پرسش‌نامه‌های افسردگی، اضطراب و استرس معتبر گزارش شده است (۲۷). همچنین، میزان ضریب Cronbach's alpha برای نمره کل نسخه فارسی مقیاس، ۰/۷۱ به دست آمده است (۲۸).

رویکرد CBT در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک بار در هفته به مدت دو ماه بر اساس بسته آموزشی Beck اجرا گردید. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن مورد تأیید قرار گرفته است و از روایی صوری و محتوایی بالایی برخوردار می‌باشد (۱۷). همچنین، روایی محتوایی آن در پژوهش حاضر توسط دو نفر از استادان مقطع دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرمشهر - خلیج فارس مورد تأیید قرار گرفت و سپس مورد استفاده قرار گرفت. مداخله درمان CBT به صورت گروهی برای افراد گروه آزمایش که به صورت تصادفی جایگزین شده بودند، اجرا گردید. خلاصه جلسات درمانی در ادامه آمده است.

جلسه اول: برقراری اتحاد درمانی و مرور علایم اختلال اضطراب و افسردگی و ناراضیاتی از زندگی، ایجاد پیوستگی گروهی، توضیح مشکل فرد در قالب افسردگی و اضطراب، خلاصه‌ای از طرح درمانی

جلسه دوم: معرفی مارپیچ پایین رونده (Downhill spiral) افسردگی و اضطراب، ارائه سبب‌شناسی افسردگی و اضطراب، ارائه منطق سه مؤلفه درمان، بررسی واکنش به شروع طرح درمانی

جلسه سوم: مرور تکلیف خانگی، ساخت سلسله مراتب ترس و اجتناب، توضیح و تمرین خودبازبینی (Self-review)، تخصیص تکلیف خانگی

جلسه چهارم: مرور تکلیف، افکار خودآیند (Automatic thoughts) و هیجانات ناشی از آن‌ها، مروری مقدماتی بر مهارت‌های بازسازی شناختی، شناسایی افکار خودآیند و هیجانات ناشی از آن‌ها، تخصیص تکلیف خانگی

جلسه پنجم: مرور تکلیف خانگی، تعیین خطاهای تفکر، به چالش گذاشتن افکار خودآیند، استفاده از پاسخ‌های عاقلانه، تخصیص تکلیف خانگی، آماده‌سازی برای اولین جلسه رویارویی

جلسه ششم: مرور تکلیف، مرور منطق رویارویی تدریجی و منظم (Gradual and regular confrontation)، انجام رویارویی درون جلسه‌ای، تکلیف

نداشته باشد نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. قبل از اجرا و به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم رضایت‌نامه به شرکت‌کنندگان ارائه شد تا در صورت رضایت برای شرکت در پژوهش آن را تکمیل کنند. همچنین، به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. سپس بیماران پرسش‌نامه‌ها را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کردند و برای گروه آزمایش جلسات درمان برگزار گردید و پرسش‌نامه‌ها در مرحله پس‌آزمون تکمیل و جمع‌آوری شد. کلیه مراحل تحقیق به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست-پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرمشهر رسید و پیش از شروع مطالعه در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ثبت گردید. در ادامه، ابزارهای مورد استفاده به تفصیل آمده است.

BDI ویرایش دوم مقیاس BDI (BDI-II)، شکل بازنگری شده پرسش‌نامه اصلی BDI است که به منظور سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. فرم تجدیدنظر شده (Modified) پرسش‌نامه مذکور در مقایسه با فرم اولیه، بیشتر با نسخه چهارم دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition) یا DSM-IV (۱۸) همخوانی دارد. علاوه بر این، BDI-II تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی (Cognitive theory of depression) پوشش می‌دهد (۱۹). این پرسش‌نامه مانند ویرایش نخست، از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده، یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خودش است را برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب، نمره کل پرسش‌نامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد (۲۰). همچنین، در این پرسش‌نامه، دو ماده (ماده‌های ۱۶ و ۱۸) به گونه‌ای ویرایش شده است که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشد (۲۰). این پرسش‌نامه در جمعیت بالای ۱۳ سال قابل استفاده است (۲۰). ماده BDI-II در سه گروه «نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی» طبقه‌بندی می‌شود (۲۱). مطالعه روان‌سنجی انجام شده در ایران بر روی BDI-II نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به طور کلی، این مقیاس جایگزین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود (۲۱). Beck و همکاران ثابت درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب Cronbach's alpha را برای گروه بیمار، ۰/۸۶ و برای گروه غیر بیمار، ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۰).

پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی: این آزمون نخستین بار توسط Connor و همکاران به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه شد. این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که از سه مقیاس فرعی «ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) تشکیل شده است که نمره هر مقیاس می‌تواند جداگانه محاسبه گردد. نمره کل آزمون با جمع نمره هر یک از سه مقیاس به دست می‌آید (۲۲). روایی و پایایی این آزمون توسط دوگانه در ایران بررسی و تأیید شده است (۲۳).

پرسش‌نامه نشخوار فکری: Nolen-Hoeksema و همکاران، پرسش‌نامه خودآزمایی را تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲۴).

پرسش‌نامه سبک‌های پاسخ (Responses to depression questionnaire)، از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (Ruminative response scale یا RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (Distracting responses scale)

جدول ۱. توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان دو گروه

مقدار P	شاهد	گروه CBT	دسته	متغیرهای دموگرافیک
۰/۳۳۰	۴ (۲۶/۷)	۶ (۴۰/۰)	زن	جنسیت
	۱۱ (۷۳/۳)	۹ (۶۰/۰)	مرد	
> ۰/۹۹۹	۱ (۶/۷)	۰ (۰)	مجرد	وضعیت تأهل
	۱۴ (۹۳/۳)	۱۵ (۱۰۰)	متاهل	
۰/۴۳۰	۰ (۰)	۱ (۶/۷)	۳۰ تا ۴۰	گروه سنی (سال)
	۱۰ (۶۶/۷)	۱۰ (۶۶/۷)	۳۱-۴۰	
	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	۴۱-۵۰	
۰/۰۸۰	۰ (۰)	۱ (۶/۷)	بی‌سواد	سطح تحصیلات
	۱۴ (۹۳/۳)	۱۱ (۷۳/۳)	زیردیپلم	
	۰ (۰)	۲ (۱۳/۳)	کاردانی	
	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	کارشناسی	

داده‌ها بر اساس تعداد (درصد) گزارش شده است.

CBT: Cognitive behavioral therapy

قبل از انجام مداخله، آزمون‌های Repeated measures ANOVA و Levene جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های Mbox، کرویت Mauchly و Levene بررسی شد. از آنجایی که آزمون Mbox برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس برقرار بود. همچنین، عدم معنی‌داری هر یک متغیرها در آزمون Levene نشان داد که فرض برابری واریانس‌های بین گروهی نیز برقرار می‌باشد. بنابراین، برای بررسی تأثیر روش CBT بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی با توجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک، از آزمون MANCOVA استفاده شد (جدول ۳).

بر اساس داده‌های ارائه شده در جدول ۴، مقدار احتمال آزمون معنی‌داری Wilks Lambda، کمتر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = 0.05$) است، پس بین دو گروه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود داشت. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۵، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (روش CBT) بر متغیرهای پژوهش معنی‌دار بود ($P < 0.01$). در نتیجه، زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۹ درصد اطمینان، معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و شاهد

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
نمره پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی	CBT	۳۳/۶۶ ± ۸/۲۹	۲۸/۶۰ ± ۶/۱۸	۲۷/۰۶ ± ۵/۳۸
	شاهد	۳۱/۷۳ ± ۸/۴۹	۳۱/۲۰ ± ۸/۲۶	۳۰/۸۰ ± ۷/۲۰
نمره پرسش‌نامه نشخوار فکری	CBT	۳۸/۰۶ ± ۶/۴۳	۲۳/۸۰ ± ۴/۳۱	۳۳/۱۳ ± ۴/۴۲
	شاهد	۳۷/۶۰ ± ۴/۱۳	۳۷/۲۶ ± ۴/۰۰	۳۷/۴۶ ± ۳/۹۶
نمره پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی	CBT	۵۹/۸۶ ± ۴/۷۴	۶۵/۵۳ ± ۴/۱۲	۶۴/۸۰ ± ۴/۰۲
	شاهد	۶۰/۱۱ ± ۴/۵۹	۶۰/۵۳ ± ۴/۷۰	۶۰/۴۶ ± ۴/۷۷

داده‌ها بر اساس میانگین ± انحراف معیار گزارش شده است.

CBT: Cognitive behavioral therapy

خانگی با تأکید بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش رضایتمندی به زندگی جلسه هفتم و هشتم: مرور تکلیف خانگی، ارائه چندین نکته تکمیلی درباره رویارویی‌های بعدی، انجام رویارویی درون جلسه‌ای، بررسی پرسش‌های مراجع و پاسخگویی به آن‌ها در زمینه افسردگی و اضطراب و رضایتمندی از زندگی، تخصیص تکلیف

جلسه نهم: مرور تکلیف، توضیح منطق بازسازی شناختی پیشرفته، باورهای بنیادین، کشف و به چالش گذاشتن باورهای بنیادین، تخصیص تکلیف خانگی با تأکید بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش رضایتمندی به زندگی

جلسه دهم: ارزیابی پیشرفت، تصمیم‌گیری درباره درمان‌های تکمیلی، بحث درباره احتمال عود و پیشگیری از آن، توضیح فرایند پایان، بررسی انتظارات از بعد از پایان گرفتن درمان، آگاهی‌بخشی درباره هیجانات مختلف درباره پایان گرفتن درمان با تأکید بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش رضایتمندی به زندگی

به منظور توصیف داده‌ها، از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تعقیبی Tukey و Bonferroni و آزمون Repeated measures ANOVA استفاده شد. لازم به ذکر است که به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون‌های Levene (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، Shapiro-Wilk (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها)، Mbox و کرویت Mauchly استفاده گردید. جهت مقایسه دو گروه از نظر جنسیت از آزمون χ^2 و برای مقایسه سن از آزمون ANOVA استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

کلیه افراد داوطلب واجد شرایط شرکت، مطالعه را به صورت کامل دنبال کردند و از آن‌جا که ریزشی در شرکت‌کنندگان در هیچ کدام از گروه‌های مورد بررسی صورت نگرفت (۱۰۰ درصد = Adherence rate)، آزمون Intention to treat (ITT) انجام نشد. میانگین سنی گروه‌های آزمایش و شاهد به ترتیب $37/83 \pm 7/69$ و $35/51 \pm 7/11$ سال بود. بین دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر مشخصات دموگرافیک وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۱). نمرات اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه قبل از انجام مطالعه و پس از پایان آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۳. آزمون معنی‌داری آزمون MANCOVA

متغیر	آزمون	آماره	F	مقدار P
گروه	Pillais Trace	۰/۹۵۷	۲۹/۸۱۹	≤ ۰/۰۰۱
	Wilks Lambda	۰/۰۴۳	۲۹/۸۱۹	≤ ۰/۰۰۱
	Hotelling's trace	۲۲/۳۶۴	۲۹/۸۱۹	≤ ۰/۰۰۱
	Roy's largest root	۲۲/۳۶۴	۲۹/۸۱۹	≤ ۰/۰۰۱

می‌توان نتیجه گرفت که روش CBT بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی اجتماعی تأثیر دارد. در نهایت، به منظور بررسی ماندگاری اثر درمان، از آزمون Repeated measures ANOVA استفاده گردید. بررسی نتایج آزمون کرویت Mauchly نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنی‌دار بود. بنابراین، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($P \leq ۰/۰۰۱$). بنابراین، از آزمون Greenhouse-Geisser به منظور بررسی نتایج آزمون تک متغیره برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده گردید که با مقدار $۰/۲۱$ ($P \leq ۰/۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری را از نظر اثربخشی درمان CBT بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و شاهد در سطح معنی‌داری $۰/۰۵$ نشان داد. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA در جدول ۳ ارائه شده است.

بر این اساس، نمرات گروه CBT در مقایسه با گروه شاهد، بهبودی معنی‌داری در هر سه شاخص اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی نشان داد ($P \leq ۰/۰۰۱$). همچنین، در این گروه، نمرات مذکور بهبودی معنی‌داری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری داشت ($P \leq ۰/۰۰۱$). جهت بررسی تفاوت زمان‌های اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده گردید که در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی روش CBT در مرحله پیگیری برای هر سه متغیر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و کیفیت زندگی ماندگار بود.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روش CBT گروهی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی بود. یافته‌ها نشان داد که روش CBT گروهی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی اثربخش بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات نیک‌بار و همکاران مبنی بر اثربخشی روکرد CBT بر افسردگی و امید بیماران دارای تومور مغزی (۲۹) و رنجبر و همکاران مبنی بر تأثیر روش CBT بر افسردگی (۳۰) همسو بود. در تبیین این که روش CBT بر اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به افسردگی

اثربخش بود، می‌توان گفت که ارزیابی بیمار از تأثیر بیماری افسردگی بر روند زندگی و تنیدگی (Tension) و تحریک‌پذیری مفرط (Excessive irritability) ناشی از افکار منفی از جمله عواملی هستند که بیشتر از خود بیماری سبب نگرانی و اضطراب در این افراد می‌شود. باورهای خاص درباره بیماری، منجر به روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه (Incompatible coping strategies)، تشدید علایم روانی- جسمی و رنج و ناتوانی ناشی از آن می‌شود. گروه درمانی ش CBT نخست این زمینه را فراهم می‌کند تا افراد آزادانه و بدون ترس افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کنند و سپس به بررسی و اصلاح افکار، باورها زیربنایی و تحریف‌های شناختی بپردازند (۲۹). بازسازی شناختی که به عنوان تجربه‌گرایی منطقی (Rational empiricism) نیز شناخته شده است (۳۰)، کمک می‌کند تا افراد با استفاده از استدلال منطقی، برای آزمون عملی محتوای افکار پر از اضطراب خود در مقابل واقعیت تجربه‌های زندگی‌شان، جریان افکار مملو از اضطراب خود را شناسایی کنند و حتی افکار اضطرابی غالب خود را مورد آزمایش رفتاری قرار دهند؛ یعنی احتمال رخ دادن اتفاقی را که نسبت به آن نگران هستند، در واقعیت بیازمایند (۷). بدین ترتیب، ارزیابی شناختی حوادث بر پاسخ به آن حوادث تأثیر می‌گذارد و مقدمه‌ای برای تغییر فعالیت شناختی خواهد بود. آموزش CBT در ایجاد یا تغییر شناخت و نگرش در افراد نقش تأثیرگذاری دارد (۳۰). با توجه به این که پیروان رویکرد CBT اعتقاد دارند که وجود برخی خطاهای رایج ذهنی، می‌تواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال نماید و به دنبال آن، روحیات و رفتارهای نامناسب ظاهر گردد، آموزش CBT می‌تواند در بهبود اضطراب فرد مؤثر باشد و به توانایی وی برای انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد.

در تبیین این که رویکرد CBT بر نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اثربخش بود، می‌توان گفت که این روش از طریق تغییر سبک تفکر انتزاعی و غیر انطباقی به سبک تفکر سازنده و اختصاصی، به بیمار می‌آموزد که چگونه تله‌های تفکر غیر سازنده را شناسایی کند و در دام آن‌ها گرفتار نشود. همچنین، این مدل درمانی با درگیر کردن فرد در یک زندگی ارزشمند، فرایند اجتناب از گیر افتادن در تله‌های نشخوار فکری را تسهیل می‌نماید (۳۱).

تحقیقات نشان داده‌اند که نشخوار فکری، عامل مهمی در آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی، پیش‌بینی شروع، شدت و مدت افسردگی بعدی می‌باشد (۳۲)، به کارگیری رویکرد CBT می‌تواند باعث کاهش نشخوار فکری گردد. CBT با تغییر دادن تفکر نادرست، مستقیم‌ترین راه برای تغییر دادن هیجانات و رفتارهای کژکار افراد مبتلا به افسردگی است. بنابراین، در روش CBT، رویکرد فرد از تأثیری که شناخت بر احساسات و رفتارهای وی دارد، آگاه می‌شود (۳۱).

جدول ۴. تأثیر رویکرد (CBT) Cognitive behavioral therapy بر متغیرهای وابسته (ANCOVA در متن MANCOVA)

متغیر	منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار P	اندازه اثر
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۱	۲۰/۰۲۰	۷/۲۵۹	۰/۰۱۱	-
	گروه	۱	۱۳/۲۴۱	۴/۸۶۷	۰/۰۳۶	۰/۱۵۳
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۱	۲/۳۴۳	۱/۳۷۰	۰/۲۵۲	-
	گروه	۱	۱/۵۲۸	۰/۸۹۳	۰/۳۵۳	-
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱	۱۰۲/۳۴۵	۱۰۲/۳۹۱	< ۰/۰۰۱	-
	گروه	۱	۳/۱۲۵	۳/۱۲۷	۰/۰۸۸	-

جدول ۵. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA به منظور بررسی تأثیر زمان و گروه بر متغیرها

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	آماره F	مقدار P	مجدور اتا
اضطراب اجتماعی	درون گروهی	زمان	۷۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	بین گروهی	زمان*گروه	۳۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	بین گروهی	گروه	۵/۵۹	≤ ۰/۰۰۱	۰/۱۷
نشخوار فکری	درون گروهی	زمان	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	بین گروهی	زمان*گروه	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	بین گروهی	گروه	۴۰/۳۰	≤ ۰/۰۰۱	۰/۶۴
بهزیستی روان‌شناختی	درون گروهی	زمان	۱۶۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	بین گروهی	زمان*گروه	۷۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	بین گروهی	گروه	۳۲/۱۱	≤ ۰/۰۰۱	۰/۵۱

موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌شود. آموزش‌های رویکرد CBT بر اهمیت اکتساب مهارت‌ها و استفاده از این مهارت‌ها تأکید دارد (۳۵). طی آموزش‌های ارائه شده، افراد علاوه بر کار کردن روی تفکرات منفی، روش‌های رفتاری ثمربخش را می‌آموزند که این مهارت‌ها آن‌ها را با منابع ارزشمندی در زندگی مواجه می‌سازد. افراد تحت تأثیر این آموزش‌ها، توانایی پیدا خواهند کرد تا تفکرات اتوماتیک و عواطف تداعی‌کننده آن‌ها و همچنین، مدارک جهت تأیید و عدم تأیید آن‌ها را فراهم کنند و به نوعی به خودآگاهی برسند (۳۴). با توجه به این که پیروان رویکرد CBT اعتقاد دارند که وجود برخی خطاهای رایج ذهنی می‌تواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال نماید و به دنبال آن، روحیات و رفتارهای نامناسب ظاهر گردند، این که آموزش روش CBT به افراد بتواند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی مؤثر باشد، به توانایی آنان برای انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد (۳۵).

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عوامل محیطی و خانوادگی، مانند شرایط خانوادگی، وضعیت والدین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی که ممکن است نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد، اشاره کرد که در تحقیق حاضر کنترل نشد. همچنین، پژوهش حاضر تنها بر روی جمعیت افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر آبادان صورت گرفت و در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

رویکرد CBT به فرد کمک می‌کند تا به وسیله تغییر دادن رفتارها، احساسات، نگرش‌ها و باورهای غیر منطقی، رفتارهای غیر انطباقی را با واقع‌گرایی، احساس کارآمدی و افزایش فعالیت جایگزین کند (۳۳) و از این طریق، در کاهش نشخوار فکری کمک می‌نماید. به عبارت دیگر، رویکرد CBT با کاهش افکار غیر منطقی افراد مبتلا به افسردگی از جمله کنترل رفتارهای غیر انطباقی مانند عدم انجام فعالیت‌های شغلی و روزمره، باعث می‌شود که افراد مبتلا به افسردگی نگرش‌های منفی خود را کاهش دهند و از این طریق، افکار منفی در آنان کاهش پیدا کند. روش‌هایی چون الگودهی (Modeling)، کسب تجربیات موفقیت‌آمیز و تقویت اجتماعی، از جمله روش‌های رایجی است که در برنامه‌های CBT به کار گرفته می‌شود (۳۲). بنابراین، پذیرفتنی است که نشخوار فکری در نتیجه رویکرد CBT بهبود پیدا کند.

در تبیین این که رویکرد CBT بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی اثربخش بود، می‌توان گفت که شناخت‌ها و نگرش‌های بیماران بر بهزیستی روان‌شناختی، تأثیر بسزایی دارد (۳۰). با توجه به رویکرد CBT، آنچه افراد بر آن باور دارند، بر احساسات و رفتارهایشان نیز تأثیر می‌گذارد. از اصول بنیادی رویکرد CBT، تأثیر و تأثر متقابل و پیوسته بین شناخت‌ها یا عقاید فرد در مورد بیماری (افکار)، احساسات، رفتارهای او و روابط او با دیگران است (۳۳). استفاده از رویکرد CBT در افرادی که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیر منطقی و مخرب در زندگی خود هستند، موجب می‌شود که آگاهی افراد نسبت به اسناد و باورهای غیر منطقی بالا رود (۳۴). بنابراین، انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات، به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی می‌پردازد که

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات اضطراب اجتماعی، نشخوار

فکری و بهزیستی روان‌شناختی در زمان‌های مختلف

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار P
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون / پس‌آزمون	-۴/۴۶	۱/۱۱	≤ ۰/۰۰۱
	پیگیری	-۳/۳۳	۱/۱۱	≤ ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون / پیش‌آزمون	۱/۱۳	۰/۵۹	۰/۱۰۵
نشخوار فکری	پیش‌آزمون / پس‌آزمون	-۲/۲۶	۰/۵۱	≤ ۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱/۹۳	۰/۵۱	≤ ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون / پیش‌آزمون	۰/۳۳	۰/۵۳	۰/۸۰۴
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون / پس‌آزمون	-۲/۲۶	۰/۵۱	≤ ۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱/۹۳	۰/۵۱	≤ ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون / پیش‌آزمون	۰/۳۳	۰/۵۳	۰/۸۰۴

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، از یک متخصص به عنوان درمانگر بی‌اطلاع از فرایند تحقیق در آموزش درمان استفاده شود تا احتمال سوگیری کاهش یابد. همچنین، پیشنهاد می‌گردد پژوهش پس از آموزش گروهی به صورت مشاوره فردی نیز پیگیری شود. استفاده از یک جامعه وسیع‌تر از افراد مبتلا به افسردگی برای افزایش تعمیم‌پذیری در جهت بهبود اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی در افراد دارای علائم بالینی ابتلا به افسردگی نیز پیشنهاد می‌گردد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان به متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت، توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب الهام گرفته شده از آموزش برنامه‌های CBT، بر سلامت روان بیماران مبتلا به افسردگی بیفزایند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر، می‌توان گفت که رویکرد CBT گروهی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی تأثیر دارد و می‌توان از این روش برای کمک به بیماران مبتلا به افسردگی سود برد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین، از مسؤولان مراکز جامع سلامت آبادان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نقش نویسندگان

طراحی و ایده‌پردازی مطالعه: احمدرضا ورمزیار و بهنام مکوندی
جذب منابع مالی برای انجام مطالعه: احمدرضا ورمزیار، بهنام مکوندی، ناصر سراج خرمی
خدمات پشتیبانی، اجرایی و علمی مطالعه: احمدرضا ورمزیار، بهنام مکوندی،

ناصر سراج خرمی، نگین مرادی

فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه: احمدرضا ورمزیار و بهنام مکوندی

جمع‌آوری داده‌ها: احمدرضا ورمزیار

تحلیل و تفسیر نتایج: ناصر سراج خرمی، فردین مرادی‌منش

خدمات تخصصی آمار: ناصر سراج خرمی

تنظیم دست‌نوشته: احمدرضا ورمزیار، بهنام مکوندی، ناصر سراج خرمی، فردین مرادی‌منش، نگین مرادی

ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی: احمدرضا ورمزیار، بهنام مکوندی، ناصر سراج خرمی، فردین مرادی‌منش، نگین مرادی

تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله: احمدرضا ورمزیار، بهنام مکوندی، ناصر سراج خرمی، فردین مرادی‌منش، نگین مرادی

مسئولیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران: احمدرضا ورمزیار، بهنام مکوندی، ناصر سراج خرمی، فردین مرادی‌منش، نگین مرادی

نگین مرادی

منابع مالی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت با کد اخلاق IR.AJUMS.REC.1397.354 و کد ثبت R000053341 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی کشور ژاپن، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرمشهر می‌باشد. مطالعه بدون حمایت مالی انجام گرفت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرمشهر در جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و گزارش آن‌ها، تنظیم دست‌نوشته و تأیید نهایی مقاله برای انتشار اعمال نظر نداشته است.

تعارض منافع

نویسندگان تعارض منافع ندارند.

References

1. Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil* 2017; 29(4): e12954.
2. Alderman BL, Olson RL, Brush CJ, Shors TJ. MAP training: combining meditation and aerobic exercise reduces depression and rumination while enhancing synchronized brain activity. *Transl Psychiatry* 2016; 6: e726.
3. World Health Organization. *The World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
4. Craner JR, Gilliam WP, Sperry JA. Rumination, magnification, and helplessness: How do different aspects of pain catastrophizing relate to pain severity and functioning? *Clin J Pain* 2016; 32(12): 1028-35.
5. Fox J, Tang WY. Women's experiences with general and sexual harassment in online video games: Rumination, organizational responsiveness, withdrawal, and coping strategies. *New Media Soc* 2016; 19(8): 1290-307.
6. Friedrich MJ. Depression is the leading cause of disability around the world. *JAMA* 2017; 317(15): 1517.
7. Goldin PR, Morrison A, Jazaieri H, Brozovich F, Heimberg R, Gross JJ. Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2016; 84(5): 427-37.
8. Grafton B, Southworth F, Watkins E, MacLeod C. Stuck in a sad place: Biased attentional disengagement in rumination. *Emotion* 2016; 16(1): 63-72.
9. Haberler G, Salerno JT. *Prosperity and depression: A theoretical analysis of cyclical movements*. London, UK: Routledge; 2017.
10. Hofmann SG, Smits JA, Rosenfield D, Simon N, Otto MW, Meuret AE, et al. D-Cycloserine as an augmentation

- strategy with cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2013; 170(7): 751-8.
11. Huguet A, Rao S, McGrath PJ, Wozney L, Wheaton M, Conrod J, et al. A systematic review of cognitive behavioral therapy and behavioral activation apps for depression. *PLoS One* 2016; 11(5): e0154248.
 12. Kampmann IL, Emmelkamp PM, Hartanto D, Brinkman WP, Zijlstra BJ, Morina N. Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2016; 77: 147-56.
 13. Karp DA. Speaking of sadness: Depression, disconnection, and the meanings of illness. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016.
 14. Lim MH, Rodebaugh TL, Zyphur MJ, Gleeson JF. Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *J Abnorm Psychol* 2016; 125(5): 620-30.
 15. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol* 2016; 16(1): 22-34.
 16. Petrocchi N, Ottaviani C. Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: The mediating role of rumination. *Pers Individ Differ* 2016; 93: 92-6.
 17. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 2016; 30: 1-10.
 18. American Psychiatric Association. Bipolar and related disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
 19. Allen JP. An Overview of Beck's Cognitive Theory of Depression in Contemporary Literature [Online]. [cited 2003 Dec]; Available from: URL: <http://www.personalityresearch.org/papers/allen.html>
 20. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory (BDI-II). San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
 21. Rahimi C. Application of the Beck Depression Inventory-II in Iranian university students. *Clinical Psychology and Personality* 2014; 12(1): 173-88. [In Persian].
 22. Conner CM, White SW, Scahill L, Mazefsky CA. The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. *Autism* 2020; 24(4): 931-40.
 23. Dogaheh E. Psychometric properties of Farsi version of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Procedia Soc Behav Sci* 2013; 84: 763-8.
 24. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci* 2008; 3(5): 400-24.
 25. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognit Ther Res* 2003; 27(3): 247-59.
 26. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2010; 11(1): 21-38. [In Persian].
 27. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57(6): 1069-81.
 28. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2014; 9(32): 27-36. [In Persian].
 29. Nikyar H, Reisi Z, Farokhi H. Efficacy of cognitive-behavioral group therapy for depression in patients with brain tumors and increased hope. *Jorjani Biomed J* 2013; 1(2): 56-63. [In Persian].
 30. Ranjbar F, Ashktorab T, Dadgari A. Effect of group cognitive-behavioral therapy on depression. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2010; 18(3): 299-306. [In Persian].
 31. Hamid N, Ramezan Saatchi L, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of cognitive-behavioral therapy on pain severity and mental health of women with chronic low back pain. *Clinical Psychology Studies* 2013; 3(10): 96-113. [In Persian].
 32. Selby EA, Kranzler A, Panza E, Fehling KB. Bidirectional-compounding effects of rumination and negative emotion in predicting impulsive behavior: Implications for emotional cascades. *J Pers* 2016; 84(2): 139-53.
 33. Whitfield-Gabrieli S, Ghosh SS, Nieto-Castanon A, Saygin Z, Doehrmann O, Chai XJ, et al. Brain connectomics predict response to treatment in social anxiety disorder. *Mol Psychiatry* 2016; 21(5): 680-5.
 34. Jazaieri H, Morrison AS, Goldin PR, Gross JJ. The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17(1): 531.
 35. Jeong S, Breazeal C. Toward robotic companions that enhance psychological wellbeing with smartphone technology. *Proceedings of the Companion of the 2017 ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction*; March 2017 6-9; Vienna, Austria. p. 345-6.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Social Anxiety, Rumination and Psychological Well-Being of People with Depression Referred to the Integrated Health Centers: Randomized Clinical Trial

Ahmadreza Varmzyar¹, Behnam Makvandi², Nasser Seraj-Khorrami³, Fardin Moradi-Manesh³, Negin Moradi⁴

Abstract

Original Article

Introduction: Depression as an emotional factor is one of the mental disorders that should be seriously considered. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the social anxiety, rumination and psychological well-being of people with depression.

Materials and Methods: The present study was a randomized clinical trial with a control group. The target population was people with depression who referred to the integrated health centers in Abadan. In this study, 30 people with depression who were willing to participate in the study were purposefully selected according to the study criteria and were randomly assigned to the experimental and control groups (each group consisted of 15 people). The volunteers were requested to fill the research questionnaires in the pre-test. Then the experimental group participated in 9 sessions of behavioral cognitive context and the control group were saved on the treatment waiting list. After the last treatment session for the experimental group, both groups filled the questionnaires again in the post-test and follow-up stages. Data were collected using Persian version of Beck Depression Inventory, Social Anxiety Questionnaire, Ruminant Questionnaire, and Psychological Welfare Questionnaire. Data analysis was performed using one-variable, and multivariate analysis of covariance test at the significance level of 0.05.

Results: The results showed that group cognitive-behavioral therapy had a significant effect on social anxiety ($P \leq 0.001$), rumination ($P \leq 0.001$) and quality of life ($P \leq 0.001$) of people with depression.

Conclusion: It can be concluded that group cognitive-behavioral therapy was effective on social anxiety, rumination and psychological well-being of people with depression and this approach may be recommended to improve the psychological problems of people with depression.

Keywords: Social anxiety; Depression; Psychological well-being; Cognitive-behavioral therapy; Rumination

Citation: Varmzyar A, Makvandi B, Seraj-Khorrami N, Moradi-Manesh F, Moradi N. **The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Social Anxiety, Rumination and Psychological Well-Being of People with Depression Referred to the Integrated Health Centers: Randomized Clinical Trial.** J Res Rehabil Sci 2021; 17.

Received date: 01.01.2021

Accept date: 15.03.2021

Published: 04.04.2021

1- Department of Health Psychology, Khorramshahr International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

4- Associate Professor, Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Corresponding Author: Behnam Makvandi; Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran; Email: b.makvandi@iauhvaz.ac.ir