

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن

حسین قمری^۱ - ثمینہ دستانی^۲ - سمیه قدیمی^۳

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱۴

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن بود. روش پژوهش در این تحقیق شبه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنانی بودند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۰ به مراکز بالینی و درمانی شهرستان تبریز مراجعه کرده اند و از نشانگان خستگی مزمن رنج می بردند. حجم نمونه در پژوهش حاضر ۳۰ بیمار زن مراجعه کننده به مراکز بالینی و درمانی شهر تبریز در سال ۱۳۹۰ بود که به صورت در دسترس در دو گروه مقایسه ای قرار داده شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس خستگی چالدر، پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس پاسخهای نشخواری بود. روش مورد استفاده برای تحلیل داده ها، تحلیل واریانس چند متغیره بود. از پرسشنامه خستگی چالدر برای شناسایی افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن استفاده شد. نتایج به دست آمده از پرسشنامه افسردگی بک نشانگر تأثیر معنی دار درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن است و نیز اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری با توجه به نتایج به دست آمده از مقیاس پاسخهای نشخواری معنی دار است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به نشانگان خستگی مزمن تأثیر دارد و همچنین تأثیر درمان

۱. دانشیار رشته مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی H_ghamari@uma.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

۳. کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه شهید بهشتی

شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری نسبت به کاهش افسردگی در این بیماران تا حدودی بیشتر است. از نتایج حاصل می‌توان چنین استنباط کرد که درمان شناختی- رفتاری از طریق تغییر تفسیر افراد از موقعیتها و تغییر توجه بیماران مبتلا به خستگی مزمن بر کاهش افسردگی و نشخوار فکری موثر است و افسردگی به علت نقش سایر عوامل کمتر از نشخوار فکری بهبود می‌یابد.

کلیدواژه‌ها: اختلال خستگی مزمن، درمان شناختی- رفتاری، افسردگی، نشخوار فکری، زن.

مقدمه

اصطلاح نشانگان خستگی مزمن^۱ برای توصیف اختلالی استفاده می‌شود که با خستگی ناتوان کننده یا فرسودگی مزمن مشخص می‌گردد و بواسطه فعالیت بدتر می‌شود. این نشانگان از نظر پزشکی نیز یک بیماری عضوی غیر قابل توصیف است و سبب شناسی شناخته شده‌ای ندارد (شارپ، ۱۹۹۷). در سال ۱۹۸۸ مراکز کنترل و پیشگیری بیماریها در ایالات متحده ملاکهای تشخیصی اختصاصی مربوط به سندرم خستگی مزمن را شناسایی کردند از آن زمان تا کنون این سندرم توجه متخصصان پزشکی و نیز جامعه را به خود جلب کرده است و امروزه در ایالات متحده علاقه زیادی به بررسی مشکلات مربوط به مطالعه سندرم خستگی مزمن وجود دارد. خستگی از شکایت‌های شایع در بیماران است که کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و درجه بندی‌های ذهنی شدت آن، در جمعیت عمومی به گونه‌های متفاوتی انجام می‌شود. خستگی، احساس ذهنی ضعف، کمبود انرژی و فرسودگی است (بریوس^۲، ۱۹۹۰). هم چنین نگرش‌ها و باورهای بیمار، سبک زندگی و حالت‌های خلقی منفی می‌توانند از جمله علل روانشناختی این بیماری باشند. به همین دلیل در دهمین طبقه بندی بین المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی این سندرم به عنوان یک اختلال روان نژندی باقی مانده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). میزان دقیق بروز و شیوع سندرم خستگی مزمن

1. chronic fatigue

2. Berrios

مشخص نیست و این تنوع و پراکندگی در میزان شیوع ممکن است به دلیل فقدان هماهنگی در ملاک‌های تشخیصی و موقعیت‌های بالینی مورد استفاده باشد. ولی میزان بروز آن در جمعیت عمومی بزرگسالان ۰/۰۰۷ تا ۲/۸ درصد برآورد شده است. سیمون و هاروی (۲۰۰۳) بیان کرد که سندرم خستگی مزمن اغلب توسط افراد بین ۴۰ تا ۵۰ سال گزارش می‌شود و کمترین شیوع را در افراد زیر ۲۹ سال و بالای ۶۰ سال دارد. این سندرم در زنان شایع‌تر است، اما شدت آن در مردان بیشتر است.

مطالعات متعددی متغیرهای شخصیت را در بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مورد ارزیابی قرار داده اند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن را از نظر الگوی شخصیتی با افراد سالم مقایسه کردند و دریافتند که ۳۳٪ آنها الگوی نمایشی، ۲۹٪ الگوی اسکیزوئید، ۲۵٪ الگوی خودشیفتگی و ۲۵٪ در الگوی پرخاشگرانه آزارگرانه برافراشتگی را نشان دادند. مطالعات دیگر اشاره می‌کنند که اغلب افراد دارای نشانگان خستگی مزمن گرایش به ویژگی‌هایی چون انگیزش بسیار بالا، کمال‌گرایی، وسواسی - جبری و یک سبک زندگی فعالیت افراطی پیش از بیماری دارند (شارپ، ۱۹۹۷). در یک تحقیق دیگر در سال ۲۰۰۲ که روی ۳۵۱ آزمودنی اجرا شد (میشایل سن^۱ و همکاران، ۲۰۰۲) در مدل شخصیتی ۵ عاملی، ۲ عامل، پایداری هیجانی و برون‌گرایی، قدرت بازداری خلق تحریک‌پذیر و سرسختی به طور منفی با سندرم خستگی مزمن رابطه دارند. همچنین تیپ شخصیتی A یک همبستگی مثبتی با این نشانگان دارد. افسردگی از شکایت‌های شایع در بیماران دچار سندرم خستگی مزمن می‌باشد. بیشتر بیماران که ملاک‌های تشخیصی برای نشانگان خستگی مزمن را دارا هستند، ملاک‌های تشخیصی روانپزشکی، بویژه اضطراب و افسردگی را نیز دریافت می‌کنند (گرینبرگ^۲، ۱۹۹۰). احتمالاً تا ۸۰٪ بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن واجد ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی هستند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). همچنین

1. Micheilsen

2. Greenberg

نشانگانی مانند: خستگی، سردرد، خواب غیرنیرو بخش، درد عضلانی و حافظه و تمرکز آسیب دیده که از نشانه‌های خستگی مزمن هستند توسط افرادی که اسکالروز چند گانه داند نیز تجربه می‌شوند (ایدلمن، ۲۰۰۲). اما اگر شدت وجود علایم به عنوان معیار تشخیصی در نظر گرفته شود می‌تواند به تمایز قائل شدن بین اختلالات یاد شده با خستگی مزمن بیانجامد. به عنوان مثال در تحقیقی که با ۴۵ نفر (۱۵ نفر دچار سندرم خستگی مزمن، ۱۵ نفر افسردگی اساسی، ۱۵ نفر به عنوان شاهد) انجام شد، پیدا شد که ضعف عضلانی در ۹۳٪ افراد دارای خستگی مزمن، درد مفاصل بدون وجود سرخی در ناحیه درد، در ۷۳٪ این افراد و خواب غیرنیرو بخش در ۱۰۰٪ افراد دارای سندرم خستگی مزمن مشاهده شد که شدت تمام این علایم بطور معنی داری بسیار بیشتر از افراد دارای اختلال افسردگی عمده بود (کینگ و جی سون^۱، ۲۰۰۳). این افراد دارای علایمی از خلق افسرده مانند کاهش علاقه و اختلال خواب و تغذیه یا کاهش اعتماد به نفس هستند. در این افراد کاهش اشتها، عدم تمرکز، احساس بی‌ارزشی، افکار مرتبط با مرگ یا تمایلات خودکشی نیز شایع می‌باشد (کوچرن و رایینوویتز^۲، ۲۰۰۰). به دلیل همپوشانی افسردگی و نشانگان خستگی مزمن، نشخوار فکری^۳ در افراد مبتلا به خستگی مزمن نیز مشهود است. در سالهای اخیر نشخوار فکری به عنوان یک مؤلفه مهم در افراد دچار خلق افسرده به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است. یافته‌های یوسفی، بهرامی و مهربانی (۱۳۸۷) نشان می‌دهد که نشخوار فکری، باورهای مثبت و منفی فراشناخت می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی باشند. بعلاوه، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نمرات نشخوار فکری بر اساس مقیاس پاسخهای نشخواری، با میزان افسردگی و علایم مربوط به سندرم خستگی مزمن نیز رابطه‌ی مستقیم دارد (هوکسما و مارو^۴، ۲۰۰۸). با توجه به اینکه رویکرد شناختی رفتاری رویکرد غالب درمانی در اختلالات روانی است

1. King & Jeison
 2. Cochern & Rabinowitz
 3. Obsessive rumination
 4. Hoeksema & Marrow

ومطالعات متعدد موثر بودن آن را تاکید کرده است، لذا پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن پرداخته است.

روش پژوهش

روش پژوهش شبه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش آزمون - پس آزمون می باشد. روش نمونه گیری این پژوهش از نوع دردسترس بود. ۳۰ نفر از افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن که در تابستان ۱۳۹۰ به مراکز بالینی و درمانی خصوصی و دولتی تبریز مراجعه کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مقایسه ای قرار گرفتند وجود ملاکهای تشخیصی خستگی مزمن (بوسیله مقیاس خستگی چالدر)، سن بین حداقل ۱۵ و حداکثر ۳۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و حداکثر لیسانس، جنسیت زن یا دختر از ملاکهای ورود مهم تلقی شد.

بیماران مورد مطالعه از مبتلایان به اختلال سندرم خستگی مزمن به صورت تصادفی به تعداد برابر در دو گروه قرار گرفتند. نحوه قرار دادن این افراد به شیوه تصادفی بدین صورت بود که پس از شماره گذاری اسامی، افراد با شماره فرد در گروه افسرده و افراد با شماره زوج در گروه نشخوار فکری قرار گرفتند. به منظور انجام پیش آزمون در ابتدا از بیماران خواسته شد پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس پاسخهای نشخواری را پاسخ دهند. سپس هر دو گروه به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند. پس از اتمام مراحل درمانی از هر دو گروه خواسته شد پرسشنامه ها را تکمیل کنند تا بدین صورت میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر دو گروه تعیین گردد. در اجرای این تحقیق مدل شناختی افسردگی بک (۱۹۷۶) به عنوان یک الگوی پایه استفاده گردید و به دنبال آن از الگوهای پیشنهادی وسلی و همکاران (۱۹۹۷) و شارپ (۱۹۹۷) به عنوان

راهنمای اصلی بهره گرفته شد.

ابزار پژوهش در این تحقیق شامل چهار پرسشنامه، پرسشنامه ویژگی‌های فردی، مقیاس خستگی چالدر، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پرسشنامه افسردگی بک می‌باشد.

۱) پرسشنامه ویژگی‌های فردی

این پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد و در آن ویژگی‌های آزمودنی مانند نام و سطح تحصیلات و ... پرسیده می‌شود.

۲) مقیاس خستگی چالدر^۱

چالدر و همکاران (۱۹۹۳) یک ابزار کوتاه ۱۴ سوال را ساختند که علائم ذهنی و جسمی خستگی را که تصور می‌شود علامت شاخص برای سندرم خستگی مزمن باشد، اندازه‌گیری می‌نماید. چالدر و همکاران (۱۹۹۳) ضریب همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای سوال‌های خستگی جسمی و ذهنی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ گزارش نمودند. در ایران نیز این مقیاس توسط نصری (۱۳۸۲) اعتباریابی شد که ضرایب همسانی درونی برای گروه دانشجویان (۶۰ نفر) و گروه پرستاران (۳۴ نفر) به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۱ بود. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس، زیرمقیاس‌های خستگی بدنی و خستگی ذهنی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ بود. همچنین ضریب پایایی این مقیاس به شیوه دو نیمه سازی ۰/۸۳ بود (ابوالقاسمی، نریمانی، ۱۳۸۴).

۳) مقیاس پاسخهای نشخواری^۱

هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزمادوین کردند که چهارنوع متفاوت ازواکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرارمیداد. پرسشنامه سبکهای پاسخ، از دو مقیاس پاسخهای نشخواری و مقیاس پاسخهای منحرف کننده حواس تشکیل شده است (هوکسما، ۲۰۰۳). برپایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخهای نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. در پژوهش باقری نژاد، صالحی فدردی، طباطبایی (۱۳۸۹) به منظور بررسی پایایی این پرسشنامه در ایران، ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0/88$ محاسبه شد که شاخصی از همسانی درونی آزمون است.

۴) پرسشنامه افسردگی بک^۲

این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک^۳ تدوین شد و شامل ۲۱ گروه سوال بر اساس علائم اصلی افسردگی می باشد. برای این پرسشنامه پایایی ۰/۷۸ و اعتبار ۰/۸۴ و همچنین ثبات درونی ۰/۸۳ در یک نمونه بزرگسال و همچنین، ضریب پایایی ۰/۸۰ برای نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی گزارش شده است. روایی پرسش نامه هم با استفاده از روش تعیین همسانی درونی و باز آزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (فتی، ۱۳۸۲). برای تحلیل اطلاعات از آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغییره استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های توصیفی مربوط به پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه نشخوار فکری در دو گروه در جدول شماره یک ارائه شده است.

1. Rumination Response Questioner (RSQ)
2. Beck Depression Inventory (BDI)
3. Aron beck

جدول ۱) آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی و

نشخوار فکری به تفکیک گروه و زمان آزمون

زمان آزمون	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	پایینترین	بالاترین
پیش‌آزمون	افسردگی	۳۲/۷۳	۱۱/۷۸	۳۲	۲۰	۵۲
	نشخوار فکری	۵۳/۶۰	۶/۱۳	۱۹	۴۳	۶۲
پس‌آزمون	افسردگی	۱۹/۹۳	۷/۹۸	۲۶	۶	۳۲
	نشخوار فکری	۳۹/۸۶	۵/۷۵	۱۹	۳۱	۵۰

در این پژوهش سه فرضیه مطرح بود. فرضیه اول عبارت از این است که درمان شناختی - رفتاری در کاهش میزان افسردگی در افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن موثر است. فرضیه دوم بیان می‌کند که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن تأثیر دارد. فرضیه سوم پژوهش این است که درمان شناختی - رفتاری بیشترین تأثیر را بر کاهش میزان افسردگی نسبت به کاهش نشخوار فکری در زنان مبتلا به نشانگان خستگی مزمن دارد.

برای بررسی این فرضیه‌ها از طرح گروه‌های مستقل با یک عامل بین‌آزمودنی استفاده شد. عامل بین‌آزمودنی‌ها، گروه بندی شرکت‌کنندگان بود که دارای دو سطح بود (۱) گروه آزمایش که تحت تأثیر مداخله آزمایشی (اثر بخشی درمان شناختی رفتاری) قرار گرفت (۲) گروه کنترل که تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. علاوه بر این در بررسی این فرضیه‌ها دو متغیر تصادفی کمکی نیز وجود داشت که عبارت بودند از: پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌های افسردگی بک و مقیاس پاسخهای نشخوار فکری، برای بررسی این فرضیه‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شده است.

ابتدا بررسی ماتریس کواریانس با استفاده از آزمون باکس بررسی شده است. سطح

معنی داری برابر $0/482$ است. با توجه به کوچکتر بودن سطح معنی داری از $0/05$ نتیجه می‌گیریم که ماتریس کواریانس از فرض برابر بودن تخطی نکرده است. یعنی واریانس متغیرها همگن است.

جدول ۲: آزمون باکس برای برابری ماتریس کواریانس

مقدار M باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۶/۲۲۳	۰/۹۱۶	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۴۸۲

برای متغیر ترکیبی، تحلیل واریانس چند متغیری اجرا شده است. در این تحلیل نمرات پیش‌آزمون به عنوان کواریته (متغیر کنترلی) در نظر گرفته شده است. در تحلیل نتایج از رویکرد لامبدای ویلکز استفاده شده است. مقدار لامبدای ویلکز برابر $0/254$ ، مقدار F برابر $22/50$ و سطح معنی داری برابر $0/000$ است. نظریه اینکه سطح معنی داری کمتر از $0/05$ است نتیجه می‌گیریم که کاهش افسردگی و نشخوار فکری در مقایسه با پیش‌آزمون دارای تفاوت معنی داری می‌باشد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای متغیرها (MANOVA)

منبع تغییر	مقدار لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه	۰/۲۵۴	۲۲/۵۰	۳/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۶

در جدول ۴ تاثیر گروه را بر تک تک متغیرها بررسی می‌کنیم.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای تک تک متغیرها (MANOVA)

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه	افسردگی	۷۹۶/۹۸	۱	۷۹۶/۹۸	۲۵/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۵۰۴
	نشخوار	۷۹۳/۰۳	۱	۷۹۳/۰۳	۳۲/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۵۶۴
خطا	افسردگی	۷۸۳/۸۵	۲۵	۳۱/۳۵			
	نشخوار	۶۱۳/۱۳	۲۵	۲۴/۵۲			

نتایج نشان می‌دهد که تاثیر گروه بر متغیر افسردگی معنی‌دار می‌باشد (مقدار F برابر $۲۵/۴۱$ و سطح معنی‌داری برابر $۰/۰۰۰$ است). یعنی درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی در افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن تاثیر معنی‌داری دارد. و فرضیه اول تایید می‌گردد.

تاثیر گروه بر متغیر نشخوار فکری معنی‌دار می‌باشد (مقدار F برابر $۳۲/۳۳$ و سطح معنی‌داری برابر $۰/۰۰۰$ است). یعنی درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشخوار فکری در افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن تاثیر معنی‌داری دارد و فرضیه دوم نیز تایید می‌گردد. با توجه به مجذورات مشاهده می‌شود که درمان شناختی - رفتاری بیشترین تاثیر را بر کاهش نشخوار فکری در مقایسه با افسردگی دارد. بدین ترتیب فرضیه سوم مبنی بر تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی بیشتر از نشخوار فکری است رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی در زنان مبتلا به نشانگان خستگی مزمن موثر است. افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن اغلب تنش فیزیکی را علاوه بر استرس ذهنی تجربه می‌کنند آموزش مهارت‌های تن آرامی، تمرکز بر فعالیت‌های جالب، خاطرات و خیال پردازی‌های خوشایند می‌تواند به حل هر دو مشکل تنش فیزیکی و عضلانی کمک کند.

این نتایج با یافته‌های مطالعات بوتلرو همکاران (۱۹۹۱)، فریدبورگ و کراپ (۱۹۹۴)، چالدر و همکاران (۱۹۹۶)، شارپ و همکاران (۱۹۹۶)، دیل و همکاران (۲۰۰۱)، رید سیل و همکاران (۲۰۰۱) و آکاجی و همکاران (۲۰۰۱) همخوانی دارد. ولی این نتایج با یافته‌های

کوکس و همکاران (۱۹۹۴)، پرینس و همکاران (۲۰۰۲)، همخوانی ندارد. این یافته‌ها را این گونه می‌توان تبیین کرد که میزان افسردگی در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن، به کمک درمان‌های شناختی مانند تمرکز بر شیء، آگاهی حسی، تمرینهای ذهنی، خاطرات و خیال‌پردازی‌های خوشایند، فعالیت‌های جالب، شمارش افکار و درمانهای رفتاری (مانند: تن آرامی) کاهش می‌یابد.

افسردگی از مهمترین و بارزترین علایم نشانگان خستگی مزمن می‌باشد که باعث خلق افسرده در بیماران مبتلا می‌شود و نشخوار فکری از مولفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی است. نشخوارهای فکری افکاری هستند که به حوادث یا ماهیت خلق افسرده مربوطند، هدف مدار نبوده و افراد را به طرح و عمل خاصی راهنمایی نمی‌کنند و زمانی که فرد درگیر نشخوار فکری است از لحاظ اجتماعی با محیط همخوانی و مشارکت ندارد (پاپاجورجیوو و ولز، ۲۰۰۴). درمان شناختی - رفتاری برای کاهش نشخوار فکری شامل تمرین توقف فکر و روش‌های منحرف کننده حواس مثبت و آموزش مهارتهای حل مسئله و یادگیری مهارتهای تن آرامی می‌باشد. نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که اثر درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری معنی دار است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود نشخوار فکری در زنان مبتلا به سندرم خستگی گردیده است. این نتایج با مطالعه موردی واتکینزو و همکاران (۲۰۰۷) که نشان داده، نشخوار فکری با استفاده از روش‌های شناختی - رفتاری متمرکز بر آن، کاهش یافته است، همخوانی دارد. متاسفانه تحقیقی در رابطه با درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری به جز مطالعه واتکینزو و همکاران (۲۰۰۷) یافت نشد و همانطور که در بررسی رابطه نشخوار فکری و افسردگی، مشاهده شد، در بیماران که قبلا افسردگی را تجربه کرده اند، عواطف منفی رابطه معنی داری با نشخوار فکری و علائم افسردگی دارد (هوکسما، ۱۹۹۹). از طرفی در این تحقیق مشاهده شد که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران تاثیر دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که پیشینه تجربی قابل دفاعی برای تاثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار ذهنی

بیماران وجود دارد و نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات قبلی همسوم می‌باشد. نشخوار فکری در افراد افسرده شامل افکاری است که به طور پایان ناپذیر مرور می‌شوند و به ناامیدی در باره آینده و ارزیابی منفی در باره خود منجر می‌شود. همچنین از آنجا که افسردگی زیر مجموعه اختلالات خلقی محسوب می‌شود و یکی از ویژگی‌های تشخیصی آن، خلق پایین است و خلق پایین افکار منفی را فرا می‌خواند. نشخوار فکری در افراد افسرده بیش تر از افراد بهنجار مشاهده می‌شود. این افکار بدون هدف در ذهن می‌چرخند و فرد افسرده از آن جا که انگیزه عمل و توانایی حل مسئله را از دست می‌دهد به صورت منفعلانه به نشخوار فکری می‌پردازد. نشخوار فکری می‌تواند موجب افزایش اثرات خلق منفی روی حل مسئله و انگیزش شود. برای مثال از طریق خود-تردیدی درباره توانایی حل مشکل یا توانایی‌هایی شناختی (کونوی و همکاران، ۲۰۰۰).

علاوه بر آن، در بررسی رابطه نشخوار فکری و افسردگی، مشاهده شده که در بیماران که قبلا افسردگی را تجربه کرده اند، عواطف منفی رابطه معنی داری با نشخوار فکری و علائم افسردگی نشان می‌داد (هوکسما، ۱۹۹۹). تمایل بیشتر برای نشخوار فکری با نیاز بیش تر برای درک موقعیت، اهمیت فردی موقعیت و راهبردهای تحلیل موقعیت همراه است (واتکینز و همکاران، ۲۰۰۷).

سیگل (۲۰۰۲) هم نشان داد که افسردگی با فعالیت پیوسته در حوزه‌های مغزی مسئول برای کدگذاری هیجانی همراه است. یوسفی و همکاران (۱۳۸۷) هم در تنها بررسی صورت گرفته در مورد نشخوار فکری در ایران نشان دادند که آموزش توجه باعث کاهش معنادار میزان نشخوار فکری در بیماران وسواسی می‌شود.

با توجه به مجذورات مشاهده می‌شود که درمان شناختی- رفتاری، درمان تا حدودی کارآمدتر بر کاهش نشخوار فکری نسبت به کاهش میزان افسردگی در زنان مبتلا به نشانگان خستگی مزمن است. با توجه به این نتیجه بدست آمده فرضیه سوم مبنی بر اینکه درمان شناختی- رفتاری، درمان موثرتری بر کاهش میزان افسردگی نسبت به کاهش

نشخوار فکری در زنان مبتلا به نشانگان خستگی مزمن است رد می‌شود. ولی بهر حال این مطلب موید این است که درمان شناختی - رفتاری، ابتدا افکار و باورهای ناخوشایند افراد مبتلا را بهبود می‌بخشد و سپس بر عواطف و خلق آنها تاثیر مثبت می‌گذارد یعنی اینکه اگر باورها و افکار بیماران اصلاح شوند به طور مستقیم بر خلق و عواطف آنها تاثیر مثبتی را می‌گذارند. متأسفانه هیچ تحقیقی در این رابطه صورت نگرفته است که با این مورد همخوانی داشته باشد. ولی این نتایج با یافته‌های پرینس^۱ و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی ندارد.

بر اساس مطالب ذکر شده، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علایم اختلال خستگی مزمن مؤثر است. ولی چندین تحقیق این مسئله را نقض می‌کردند، بنابراین با توجه به شرایط خاص این اختلال و فقر جدی پژوهش در رابطه با اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری مبتلایان به اختلال سندرم خستگی مزمن در ایران، لزوم پژوهش در این زمینه احساس می‌شود. محدودیت جلسات، سبب شد تا دوره پی گیری برای تکمیل طرح درمان موجود نباشد. و همچنین عدم وجود تحقیقات داخلی کافی در رابطه با اختلال خستگی مزمن و نشخوار فکری از محدودیتهای تحقیق بود. نتایج این تحقیق از جامعه زنان ۱۵-۳۵ سال به دست آمده است. پیشنهاد می‌شود که تحقیقاتی بر روی سنین مختلف نیز انجام گردد تا تأثیرات روش درمان شناختی - رفتاری بر سایر گروههای سنی نیز مشخص شود. همچنین مطالعه گروههای مختلف مردان نیز می‌تواند نتایج ارزنده‌ای در برداشته باشد. هم از حیث تأثیر این روش در مردان و هم از حیث مقایسه اثربخشی این روش در بین زنان و مردان حائز اهمیت می‌باشد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و زیمانی، محمد (۱۳۸۴). آزمونهای روانشناختی. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد و طباطبایی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱ (۱)، ۲۱-۳۸.
- دلاور، علی (۱۳۸۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: نشر رشد.
- فتی، لادن. (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهار چوب مفهومی، پایان نامه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۹۹۸). خلاصه روانپزشکی، جلد دوم. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- نصری، صادق. همه گیر شناسی نشانگان خستگی مزمن و ارتباط آن با مشکلات روان پزشکی در پرستاران، مجله اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۴ بهار ۱۳۸۳.
- نصری، صادق؛ نجاریان، بهمن؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و شکرکن، حسین (۱۳۸۱). مقایسه اثر بخشی دو روش درمان روانشناختی در کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شهر تهران. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال نهم، شماره‌های ۲ و ۱، ۵۳-۸۸.
- هاوتون، کرک، سالکوسکیس و کلارک (۱۹۸۹). رفتار درمانی شناختی. جلد ۱ و ۲. ترجمه قاسم زاده، حبیب.
- هویت، جیمز (۱۳۷۶). آموزش علمی ریلکس شدن و مدیتیشن، ترجمه سید رضا جمالیان. تهران: انتشارات گزن. صفحه ۵۷-۵۴.
- یوسفی، زهرا؛ بهرامی، فاطمه و مهربانی، حسینعلی (۱۳۸۷). نشخوار فکری: آغاز و دوام افسردگی. مجله علوم رفتاری دوره ۲، شماره ۱ صفحات ۷۳-۶۷.
- Akagi, H., Klimes, L. & Bas, C. (2001). cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital feasible and effective. *General Hospital Psychiatry*, 23: 254- 260.
- Berrious, G.E. (1990). Feeling of fatigue and Psychopathology: A conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 44-64.
- Borkovec, T., D., Rabinson, E., Pruzinsky, T., Depree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviors Research and Therapy*, 21, 1-16.
- Buchwald, D. (1995). Chronic fatigue and the chronic fatigue

- syndrome:Prevalence in a pacific Northwest health care system.*An. Intern. Med.*128 (2):81-88.
- Butler.S.,Chader,T.,Ron,M.&Wessely,S (1991).Cognitive behavior therapy in the chronic fatigue syndrome.*J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry*,54:153-158.
 - Chaldor, T.,Berelowitz, G.,Hirsch,S.et al. (1993).Development of a fatigue scale . *J.Psychosol.Res.*31:147/153.
 - Chalder,T,Butler,S&Wessely,S. (1996),In – patient treatment of chronic fatigue syndrome.*Behavioral and Cognitive Pschotherapy*,24:351-365.
 - Cochern,s,Rabinowitz,f (2000).Men and Depression. California: Academic Psychology.
 - Conway,M,Csand,P.A.R,Holm,S.I.,Blake,C.K. (2000).on assessing individual differences in rumination on sadness.*Journal of Personality Assessment*,75,404-425
 - Deale,A.,Chalder,T.Marks,I&wessely,S. (1997). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial.*Am.J.Psychiatry*,154:408-414
 - Deale,A.,Hsain,K.,Chalder,T.&wessely,S. (2001).Long-term outcome of cognitive behavior therapy versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome:A 5-year fellow-up study .*Am.J. of.Psychiatry*,158:2038-2042.
 - Donaldson C, Lam D, and Mathews A. Rumination and attention in major depression. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2664-2678.
 - Eidelman,David (2002) chronic fatigue syndrome medical . artifact . 110-120.
 - Freidberg, F., & Krupp,L.B. (1994).A comparison of chronic fatigue syndrome and primary depression.*Clin.Infect.Dis.*,18 (1):S 105-S 110.
 - Greenberg,D. (1990).Neurasthenia in the 1980s :Chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome and anxiety add depression.
 - Gunn.W.,et al. (1993)Epidemiology of chronic fatigue syndrome:The centers for disease control study.cibu.Found.Symp.,&3:93-101.
 - Hyde JS, Mezulis AH, and Abramson LY. The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression.*Psychol Rev*, 2008; 115: 291-313.
 - Jerris ,W,K,et all, (2005).Diurnal patters of salirary.
 - kapalan,J.,Holmes,G.P, E,& Gantz,N.M. (1988).chronic fatigue syndrome working case definition . *Annals of Internal Medicial*,108,387-389.
 - King,Leonard A&jason.Biologicalpsychology ,Volume 680.issue 2 Februrary 2003 ,pages 87-106.
 - Lawrie,S. M.&Pelosi,A.J. (1995).chronic fatigue syndrome in the community:Prevalence and association.*Br.J.of Psychiartym*166:73.
 - Lewis,G.,& Wessely ,S. (1992).The epidemiology of fatigue :More questions than answers *Gender Epidemology Commuity Health*, 46,92-95.
 - Lioyd.A.,Hickie,i.etal. (1993).Immunologic and psycholofic therapy for patients with chronic fatigue syndrome:Adouble blind placebo controlled trial.*Am.J.Mes.*,95:197-203.
 - Loyce,J.&Wessely,S. (1992).The prognosis of chronic fathgue and chronic fatigue syndrome:A systematic review.*QJM*,90-223-33.

- Martin, L.L. Tesser, A. (1994). Some rumination thoughts. *Advances in Social Cognition*, 9, 1-47.
- Michielsen, Helen, et al. (2002) in search of personal and temperament predictors. 105-110.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1996). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake.
- Nolen-Hoeksema, S. Thanks for sharing that; Ruminations and their support networks. *J Pers Soc Psycho* 1999; 77: 801-814.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/ depressive symptom. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Treynor, W., Gonzalez, R. (2003) Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research* 27 (3):247-259.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004a). The response styles theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 187-215). New
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (5), 400-424.
- Oklay, J. (2002). chronic fatigue syndrome. *Emerge*. September.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. New York: Wiley Sons.
- Prins, J., Bazelmans, E. et al. (2002) Cognitive behavior therapy for fatigue syndrome: predictors of treatment outcome. *Psychosomatic Medicine*, 64:90-95.
- Puwlikoska, T., Chalder, T., & Hirsch, S. R. et al. (1994) Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ*, 308:163-770.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J. (1987). Self-regulatory preservation and the depressive self-focusing Style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.
- Ridsdale, L., Godfery, E., Chalder, T. et al. (2001). chronic fatigue in general practice: Is counseling as good as cognitive behavior therapy? an UK randomized trial. *Br. J. of Gen. Pract.*, 51:19-24.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., and Arntz, A. Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *J Pers Individual differences* 2008; 44: 574-584.

- Schreurs, M.M. Veehof, L. Passade, M.M.R. Vollenbroek-Hutten. . Cognitive behavioural treatment for chronic fatigue syndrome in a rehabilitation setting: Effectiveness and predictors of outcome
- Behaviour Research and Therapy, Volume 49, Issue 12, December 2011, Pages 908-913.
- Segal, A., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relaps. New York: Guilford Press.
- Sharpe, M (1996). chronic fatigue syndrome. Cansultation Liaision Psychiatry, 35:549.
- Sharpe, M., Hawton, K.E, Simking, S. et al. (1996a). Cognitive behavior therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. BMJ., 312:22-26.
- Sharp, M. (1997). Chronic fatigue syndrome. In Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy. (eds. D. M. Clark & C.G. Fairburn). PP:380-414.
- Sharp, M. (1997). Cognitive behavior therapy for functional somatic complaints, the example of chronic fatigue syndrome. Psychosomatics., 38 (4):350-359.
- Sharp, M (1998). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: efficacy and implications. The Am.J of Med. 105 (3A):104S-109S.
- Simon, Harvey (2003) .Chronic fatigue syndrome , Psychosomatics, (pp: 107-120)
- Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: A preliminary report. Behavior Research and Therapy, 33, 55-56.
- Surawy, C, Hackman, A ., Howton, K. & sharp , M, (1995) Chronic fatigue syndrome : A cognitive approach . Behav. Res. Ther., 33:334-344
- Tyler, P.A. Canoll, D. & Cunningham, S.E, (1991). Stress and well-being in nurses: A comparison of the public and private sectors. Inter. J. Nurses. Study, 28:156-161.
- Vermeulen, Ruudc. W. et all, (2003). chronic fatigue syndrome and sexual dysfunction. 260-270.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., Kennell-Webb, S., Moulds., & Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive bTherapy for residual depression: a case series. Behaviour Research and Therapy. 45, 2144-2154
- Wells. A. Mattews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder the SREF model. Bahavior Research and Therapy, 34, 881-888.
- Wells. A. Mattews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder the SREF model. Bahavior Research and Therapy, 34, 881-888
- Wells, A. (2000). Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Chi Chester .Uk: Wiley Sons.
- Wenzolf RM, and Wehner DM. Thought suppression. J. Ann Rev Psychology 2000; 55: 882-892. rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. Behav Res Ther 2008; 46: 487-495.
- Wessely ,S. (1995). The epidemilogy of chronic fatigue syndrome .Epidmologic Review, 77, 139-151.
- Zarb, J.M. (1992). Cognitive –Behavioral assessment therapy with adolescents. New York, Brunner/Mazel Publisher.