

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال نهم. شماره ۳۶. تابستان ۱۳۹۷

صفحات: ۷۵-۸۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱۲/۱۸- تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۸

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری در زنان شاغل

الهام بهزادی^{*}
پرویز عسگری^{**}

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری در زنان شاغل شرکت ملی حفاری اهواز بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به روش تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. طرح پژوهش تجربی با پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. ابزار پژوهش شامل مقیاس خستگی چالدرد و همکاران (۱۹۹۳) و مقیاس گرفتاری گیلبرت والن (۱۹۹۸) بود. گروه آزمایش مداخله درمان شناختی-رفتاری را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری آزمودنی ها اثربخش است.

کلید واژگان: درمان شناختی رفتاری، خستگی مزمن، احساس گرفتاری.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

* گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

**دانشیار گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: askary47@yahoo.com)

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم الهام بهزادی می باشد.

مقدمه

اشتغال زنان از شاخص‌های توسعه اجتماعی به شمار می‌رود و هر چه حضور فعال زنان در اداره امور اجتماعی بیشتر باشد، آن کشور از درجه توسعه‌یافتگی بیشتری برخوردار خواهد بود (حسین‌آبادی و عبداللهی، ۱۳۹۳، نقل از آخرتی، آهنگری و طحان، ۱۳۹۷) و حتی در صورت داشتن زمینه مناسب می‌تواند منجر به کارآفرینی و استقلال فکری زنان شود. مطالعات نشان داده است که زنان کارآفرین نقش بسیار مهمی در ارتقاء توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه ایفا می‌کنند (آلمیتری و فیاض، ۲۰۱۵). اما اگر چه این روند می‌تواند به سود جامعه باشد ولی تغییرات خلقی و نیازهای زنان شاغل در محل کار مشکلاتی نظیر افزایش خستگی^۱ را نیز می‌تواند ایجاد کند (مقصودی، ۱۳۹۰). سندرم خستگی مزمن^۲ به ضعف مداوم و عودکننده‌ی غیرقابل توجیه بدن اطلاق می‌شود که دست کم به مدت ۶ ماه وجود داشته باشد و با استراحت بر طرف نمی‌شود و ارتباطی با میزان فعالیت ندارد (ایونگارد و کلایمس، ۲۰۰۲، به نقل از قاسمی، خزاییلی، خوروش و میرزایی، ۱۳۹۵). اختلال در حافظه و یا توجه، اختلال در عملکردهای عصبی-شناختی، تغییر کیفیت خواب و علائم بدنی مثل گلو درد، دردهای عضلانی و مفصلی، سر درد و کسالت بعد از فعالیت از جمله نشانه‌های خستگی مزمن هستند. به علاوه، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خستگی در زنان، نسبت به مردان بیشتر است. خطر نسبی خستگی در زنان در مقایسه با مردان ۱/۳ می‌باشد و از عوامل مستعدکننده‌ی آن در زنان می‌توان به غدد آندوکراین و استرس‌ها اشاره کرد (رنجیت، ۲۰۰۵). در بیماران دچار خستگی مزمن، عدم تحمل فعالیت و ایجاد اختلال در ایفای نقش نسبت به افراد غیر مبتلا بیشتر دیده می‌شود. به علاوه، نگرش‌ها و باورهای بیمار، سبک زندگی و حالت‌های خلقی منفی می‌توانند خود از علل روان‌شناختی خستگی مزمن باشند (جمالی، ۲۰۰۵).

یکی دیگر از عواملی که زنان شاغل می‌توانند با آن روبرو شوند، احساس گرفتاری^۳ بدلیل مشغله‌های متعدد در منزل و بیرون از منزل است. در کل یکی از جدیدترین رویکردهایی که در تبیین اختلال افسردگی ارائه شده است نظریه احساس گرفتاری است. احساس گرفتاری یا احساس به تله افتادن، نوع خاصی از تفکر و احساس است که به تله یا دام افتادن انسان در موقعیتی که تمایل به دوری از آن دارد، اطلاق می‌شود (گیلبرت و آلن، ۲۰۰۸). فردی که احساس گرفتاری را تجربه می‌کند تصور می‌کند که رفتارهای دفاعی وی فاقد کارآیی بوده و لذا تمایل به گریز از موقعیت جاری پیدا می‌کند؛ در عین حال فکر می‌کند که تمام راه‌های ممکن برای فایق آمدن وی بر این موقعیت نیز مسدود شده است (النی، ۲۰۰۵). نکته مهم اینجا است که در سالهای اخیر شواهدی مبنی بر ارتباط احساس گرفتاری، با سایر اشکال

۱. Al Mutairi & Fayez

۲. fatigue

۳. chronic fatigue syndrome

۴. Evengard & Climas

۵. Ranjith

۶. Jamill

۷. feeling of entrapment

۸. Gilbert & Allan

۹. Elhinney

اختلالات روانی مخصوصاً در افراد پرمشغله به دست آمده است. در این راستا، ارتباط احساس گرفتاری با خودکشی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلالات اضطرابی به تأیید رسیده است (تیلور، گودینگ، وود، جانسون، پرت^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). بر این اساس زنان شاغل می‌توانند در مقابل آسیب‌های مختلفی قرار گیرند. گاهی این موقعیت‌ها به قدری خسته‌کننده، فشارآور و غیرقابل اجتناب به نظر می‌رسند که در فرد نوعی احساس گرفتاری^۲ دست می‌دهد و تصور می‌کند که رفتارهای دفاعی وی فاقد کارایی هستند و بنابراین تمایل به گریز از موقعیت جاری پیدا می‌کند؛ در عین حال، فکر می‌کند که تمام راه‌های ممکن برای غلبه بر این موقعیت نیز مسدود شده است (مک‌الینی و پراکتور^۳، ۲۰۰۵).

متناسب با سبب‌شناسی اختلالات فوق که در زنان شاغل ایجاد می‌شود، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. یکی از این روش‌های مؤثر رارا می‌توان استفاده از درمان شناختی-رفتاری^۴ (CBT) دانست. در شیوه‌های درمانی شناختی-رفتاری، علاوه بر رفتار، اندیشه‌ها و انتظارات فرد نیز در مدار توجه درمان قرار می‌گیرد (درایدن^۵، ۲۰۰۸، ترجمه: بهروزی و جلوداری، ۱۳۹۳)، زیرا افکار فرد در هر موقعیتی بر پاسخ‌های هیجانی او تأثیر می‌گذارد. سه رویکرد شناختی-رفتاری که در دهه‌های گذشته مورد تأیید قرار گرفته‌اند عبارتند از: شناخت‌ها بر رفتارها اثر می‌گذارند و آن‌ها را تشدید می‌کنند؛ بین برانگیختگی عاطفی و شناخت‌های شخصی رابطه وجود دارد، بنابراین روش‌های ارزیابی و طبقه‌بندی هر موقعیت برخواسته از انتظارات شخص و فرض‌های او بوده و بر کنش‌های هیجانی شخص نسبت به آن‌ها تأثیر می‌گذارد؛ بعضی الگوهای شناختی ناسازگار موجب اختلالات روان‌شناختی می‌شوند (بندورا^۶، ۱۹۷۷؛ بک^۷، ۱۹۶۷؛ الیس^۸، ۱۹۷۷). به عبارت دیگر، نشان داده شده است که عوامل شناختی نیز از جمله عللی هستند که در ایجاد خستگی مزمن و احساس گرفتاری در افراد نقش دارند، در نتیجه، هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری در زنان شاغل ملی حفاری اهواز بود.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: طرح پژوهش، تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کارمندان زن شرکت ملی حفاری بود. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارتند از: زن بودن، متاهل بودن، کارمند رسمی شرکت ملی حفاری اهواز.

۱. Taylor, Gooding, Wood, Johnson & Pratt

۲. feeling of entrapment

۳. McElhinney & Proctor

۴. cognitive-behavioral therapy

۵. Dryden

۶. Bandura

۷. Beck

۸. Ellis

روش اجرا

روش انجام پژوهش بدین صورت بود که پس از برقراری ارتباط با آزمودنی ها، توضیحات لازم از سوی محقق راجع به نحوه تکمیل پرسشنامه ها ارائه گردید، و در ابتدا از هر دو گروه آزمایش و کنترل آزمون گرفته شد، سپس گردش آزمایش روش مداخله ای درمان شناختی رفتاری را دریافت کرد. و پس از اتمام جلسات مداخله از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

**جدول ۱. خلاصه ای از جلسه های درمان شناختی-رفتاری
بر اساس مدل استارک (۱۹۹۶) و بک و همکاران (۱۹۹۰)**

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه، توضیح مقررات گروه، بیان انتظارات و اهداف مراجعان از حضور در جلسات، ارائه ی یک تعریف کلی از الگوهای درمانی شناختی-رفتاری و اهداف آن، ارائه ی سوال های هدفمند به افراد گروه برای بیان مشکلات و احساسات در مورد علائم و نشانه های خستگی مزمن و عدم احساس لذت از انجام کارهای روزمره در زندگی توسط مشاور، گفتگو درباره ی احساسات و ایده های اعضای گروه در مورد دلیل احساس گرفتاری و خستگی، ارائه ی تکلیف خانگی.
دوم	بررسی موارد جلسه قبل و تکالیف خانگی، آموزش آرمیدگی و رفع اشکالات افراد در نحوه ی انقباض و شل کردن عضلات.
سوم	بررسی تکالیف جلسه ی قبل، توضیح درباره ی یک یا چند هیجان منفی که در زندگی آزمودنی ها پیش آمده و تاثیر آن بر زندگی آن ها، توضیح چند نمونه از مدل ABC ایس، جمع بندی مطالب، ارائه ی فرم خود یاری مربوط به مدل ABC ایس.
چهارم	آشنایی با مفاهیم شناختی و نقش افکار در ایجاد استرس، افسردگی و ارتباط افکار، احساسات و رفتار، آشنایی با ویژگی های افکار خود آیند منفی و معرفی خطاهای شناختی توضیح شوخ طبعی و خنده به عنوان یک مکانیسم مقابله با خستگی و احساس گرفتاری.
پنجم	آموزش چگونگی چالش و مقابله با افکار و باورهای منفی و غیرمنطقی و آموزش حل مسئله.
ششم	مروری بر پیامدهای رفتاری (ناکارآمد)، آموزش طرحواره ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
هفتم	گفتگوی گروهی در مورد چگونگی تغییر نقطه ی توجه فرد به سوی تجربیات مثبت در زندگی شخصی و زندگی، مروری بر پیکان عمودی و آشنایی با روش پیکان پیشرفته در این جلسه هدف بیشتر در واقع مروری بر تکالیف است.
هشتم	در این جلسه از شرکت کنندگان درخواست شد طی چند دقیقه تجربه شان را از شرکت در این گروه بازگو کرده و اگر افکار و احساساتی دارند می توانند در گروه مطرح کنند.

ابزار سنجش

الف) مقیاس خستگی چالدر: این مقیاس توسط چالدر و همکاران^۱ (۱۹۹۳) برای سنجش علایم جسمی و ذهنی خستگی که تصور می شود علامت شاخص برای نشانگان خستگی مزمن می باشند، ساخته شد. مقیاس خستگی چالدر شامل ۱۴ ماده و ۴ عامل (۱) مشکلات شناختی، (۲) خواب آلودگی، (۳) استقامت و نیرومندی و (۴) فقدان انگیزش و علاقه ات. این مقیاس، توسط نصری، نجاراین، مهرابی زاده هنرمند و شکر کن (۱۳۸۱) در ایران ترجمه و پایایی و روایی آن مشخص شده است. ماده های این مقیاس بر اساس

۱. Chalder & et al.

یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (از ۰ = هیچ تا ۳ = زیاد) نمره گذاری می شود. چالدر و همکاران (۱۹۹۳) ضریب همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۸۹، خستگی جسمی ۰/۸۴ و خستگی ذهنی را ۰/۸۲ گزارش کردند. نصری و همکاران (۱۳۸۱) ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در نمونه‌ای از دانشجویان (۶۰ نفر) و پرستاران (۳۴ نفر) به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۱ گزارش کردند و ضریب پایایی به روش تنصیف در گروه دانشجویان ۰/۸۳ به دست آمده است. چالدر و همکاران (۱۹۹۳) ضریب روایی برای این مقیاس را به استفاده از نمره نقطه برش ۲۲ و با استفاده از جدول مصاحبه بالینی در بخش مراقبت‌های پزشکی، ۷۵/۵ درصد (حساسیت) و ۷۴/۵ درصد (ویژگی) گزارش کردند. لذا، این ابزار در مطالعات مربوط به نشانگان خستگی مزمن کاربرد زیادی داشته است. نصری و همکاران (۱۳۸۱) به منظور بررسی روایی این پرسشنامه، آن را روی دو گروه از افراد سالم و بیمار اجرا کرد. نتایج حاکی از معنی دار بودن تفاوت میانگین‌های خستگی در گروه‌های بیمار و سالم بوده است. وی به منظور بررسی روایی همزمان این مقیاس، پرسشنامه خستگی چالدر را با مقیاس شدت خستگی کراپ، لاروکا مورناش و استاینبرگ (۱۹۸۹)، همبستگی برای کل مقیاس، خستگی جسمی و خستگی ذهنی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۱، ۰/۴۲ و در پرستاران به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۱ و ۰/۶۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۲ به دست آمد.

ب) مقیاس احساس گرفتاری: این مقیاس توسط گیلبرت و الن^۲ (۱۹۹۸) ساخته شد و شامل ۱۲ ماده و دو عامل (۱) احساس گرفتاری بیرونی و (۲) احساس گرفتاری درونی است. پاسخ‌های این مقیاس براساس یک طیف لیکرت ۵ نمره‌ای (از ۰ = کاملاً مخالفم تا ۴ = کاملاً موافقم) نمره گذاری می شوند. نمره‌ی بالاتر در این مقیاس نشان دهنده‌ی احساس گرفتاری بیشتر است. گیلبرت و الن (۱۹۹۸) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و روایی همزمان آن را با مقیاس افسردگی بک ($r = 0.58$ ، $p < 0.01$) مطلوب گزارش کردند. قمرانی، سیادتیان و پیشداد (۱۳۹۲) پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش ضریب پایایی تنصیف ۰/۸۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز، همسانی درونی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته‌ها

پیش از اجرای آزمون فرضیه، پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس شامل خطی بودن، همخطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای احساس گرفتاری و خستگی مزمن آزمودنی‌ها نشان داد که مقادیر Z برای خستگی مزمن در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱/۰۲ و ۰/۵۳۳ و برای خستگی مزمن به ترتیب ۱/۰۹ و ۰/۵۶ بود که هیچ کدام به لحاظ آماری معنادار نبودند، در نتیجه، فرض طبیعی بودن توزیع نمره‌ها تایید شد. همچنین، سطح معناداری خطی بودن رابطه‌ی بین پیش آزمون و پس آزمون خستگی مزمن $p = 0.23$ و احساس گرفتاری $p < 0.01$ به دست آمد. در نتیجه، مفروضه‌ی خطی بودن برای متغیر

۱. Krupp, LaRocca, Muir-Nash & Steinberg

۲. Gilbert & Allan

احساس گرفتاری برقرار می‌باشد. اما برای خستگی مزمن برقرار نبود. همچنین، همبستگی بین پیش‌آزمون‌های خستگی مزمن و احساس گرفتاری برابر با $0/239$ بود، بنابراین، مفروضه‌ی عدم تخطی از همخطی چندگانه‌ی بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) رعایت شده است. نتایج آزمون لاین برای پیش‌فرض برابری واریانس‌ها نشان داد مقدار F همه‌ی متغیرها در سطح $0/05$ معنادار نیست، در نتیجه، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. نتایج آزمون همگنی رگرسیون بین متغیرهای وابسته‌ی پژوهش نشان داد تعامل بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برای خستگی مزمن ($F=1/91$, $p=0/17$) و احساس گرفتاری ($F=0/55$, $p=0/58$) معنادار نیست. بنابراین فرض همگنی رگرسیون رعایت شده است.

فرضیه اصلی: آموزش درمان شناختی رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری در زنان شاغل تاثیر دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای خستگی مزمن و احساس گرفتاری آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

توان آزمون	Eta ^۲	سطح معناداری	درجه آزادی		آزمون F	مقدار	شاخص آماری نام آزمون
			خطا	فرضیه			
۱	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۰۶/۰۳	۰/۸۹۵	اثر پیلاپی
۱	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۰۶/۰۳	۰/۱۰۵	آزمون لامبدای ویلکز
۱	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۰۶/۰۳	۸/۸۴۳	آزمون اثر هلینگ
۱	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۰۶/۰۳	۸/۴۸۳	آزمون بزرگترین ریشه روی

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری کلیه‌ی آزمون‌ها در سطح $0/05$ معنادار است، بنابراین میانگین آزمون‌ها از نظر حداقل یکی از نمره‌های خستگی مزمن و یا احساس گرفتاری آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش دارای تفاوت معنادار است. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقدار $0/105$ و آزمون F با مقدار $106/03$ تفاوت معناداری را میان نمره‌های متغیرهای وابسته‌ی ترکیبی (خستگی مزمن و احساس گرفتاری) در دو گروه کنترل و آزمایش در سطح معناداری $0/05$ نشان می‌دهد، بنابراین فرضیه‌ی اصلی پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا برای متغیرهای خستگی مزمن و احساس گرفتاری آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

Eta ^۲	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص آماری متغیرها
۰/۸۱۷	۰/۰۰۱ ^{۰۰}	۱۱۶/۲۵۴	۱۴۱۰/۹۹۵	۱	۱۴۱۰/۹۹۵	احساس گرفتاری

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که با کنترل نمره های پیش آزمون، بین آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای خستگی مزمن و احساس گرفتاری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). در نتیجه، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش خستگی مزمن و احساس گرفتاری آزمودنی ها می‌شود. هم چنین، مجدور اتای متغیرهای خستگی ۰/۷۳ و احساس گرفتاری ۰/۸۱ است؛ به عبارت دیگر، با حذف تأثیر پیش آزمون از نمره های پس آزمون، ۷۳ درصد (برای خستگی مزمن) و ۸۱ درصد (برای احساس گرفتاری) از تفاوت های فردی در پس آزمون مربوط به تأثیر درمان شناختی-رفتاری است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که عنوان شد، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری در زنان شاغل ملی حفاری اهواز بود. با توجه به نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره، بین میانگین نمره های خستگی مزمن آزمودنی ها در پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت به نفع گروه آزمایش در کاهش میزان خستگی مزمن آزمودنی ها و اثربخشی درمان شناختی رفتاری است. در تبیین این نتایج می‌توان گزارش نمود که نتایج این فرضیه ها با نتایج علی‌عسگری (۱۳۹۴) و مک‌الینی و پراکتور (۲۰۰۵) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که؛ در برخی پژوهش‌ها گزارش می‌کنند که فشارزها به طور پایداری با خستگی در جمعیتی از افراد با خستگی مزمن مرتبط می‌باشد. به طوری که ارتباط‌های مقطعی و طولانی مدت بین فشارزها (حوادث زندگی فشارزا، فشارهای کاری) و خستگی در بیماران دچار سندرم خستگی مزمن و بزرگسالان سالمی که کار می‌کنند گزارش می‌شود. در پژوهش حاضر نیز آزمودنی ها بیان کردند که از نظر آنان فشارهای کاری و استرس‌های وارد شده در محیط کار و منزل به نحو موثری باعث خستگی جسمی و روحی آنان شده است. علائم خستگی که زنان شاغل در مصاحبه ها بیان می‌کردند عبارتند از بی‌حالی، کسالت و زود خسته شدن، فقدان انگیزه و نیرو، از دست دادن میل و علاقه به کارهای روزمره، شادابی کم یا احساس یأس و ناامیدی. همچنین، بعضی از آن‌ها احساس باطنی ضعف و میل شدید به استراحت یا خوابیدن را گزارش کردند. در افراد با سندرم خستگی مزمن، شیوع نسبتاً بالایی از اختلالات همراه، مخصوصاً افسردگی وجود دارد که باید در هنگام درمان خستگی مزمن به درمان اختلالات روانپزشکی همراه بسیار توجه کرد. سلیمانی و تاج‌الدینی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خستگی در کاهش خستگی جسمانی، شناختی و اجتماعی بیماران مبتلا به ام.اس. موثر بوده است و می‌تواند به عنوان یکی از گزینه های تأثیرگذار در کاهش ابعاد جسمانی، شناختی و اجتماعی خستگی در بیماران مبتلا به ام.اس. در کنار سایر مداخلات دارویی و غیردارویی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اینکه درمان شناختی-رفتاری بر این اصل استوار است که پاسخ‌های فیزیولوژیک، رفتاری، شناختی و عاطفی با یکدیگر در تعامل بوده و یکدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند (ریوت و استریت، ۲۰۰۹، ترجمه: رفاهی، کریمی نژاد، نصیری و جلوداری، ۱۳۹۵)، تغییر در یکی از سیستم‌های واکنشی می‌تواند منجر به ایجاد تغییراتی در دیگر سیستم‌های واکنشی گردد که هدف آن پیدا کردن راه‌حلی برای مشکلات بیمار

است و می تواند در اصلاح شیوه های حل مشکل و بازسازی افکار جهت مقابله بهتر با مشکلات جسمی و روانی، موثر باشد (فروزنده، عین، فروزنده و درخشنده، ۲۰۱۲). بنابراین، طی دوره ی درمانی در بعد شناختی، با افزایش آگاهی پیرامون افکار منفی و خطاهای شناختی و همچنین آموزش راهکارهای مقابله با این افکار و تأثیر آن بر شدت خستگی، شدت خستگی زنان کاهش یافت. همچنین، برگزاری جلسات به صورت گروهی و بحث پیرامون نقش ورزش و تمرینات آرامسازی و راهکارهای داشتن الگوی منظم استراحت و فعالیت توانست بر شدت خستگی آنان تأثیر گذار باشد.

به علاوه، مشاهده شد که بین میانگین نمره های میزان احساس گرفتاری آزمودنی ها در پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت به نفع گروه آزمایش در کاهش میزان احساس گرفتاری در بعد از درمان شناختی رفتاری می باشد. نتایج این فرضیه با نتایج ویبرگ^۲ و همکاران (۲۰۱۵)، ماس موریس^۳ و همکاران (۲۰۰۳)، سلیمانی و تاج الدینی (۱۳۹۴) و علی عسگری (۱۳۹۴) همسو است. احساس گرفتاری یک ویژگی به خصوص از مجموعه ی ارزیابی های شناختی زمینه ای می باشد، چنین ارزیابی هایی که اساس ادراک شکست و احساس گرفتاری هستند بر حوادث مختلف زندگی و فشارهای آن دامن می زنند. برای مثال، حوادث و شرایط خاصی در زندگی به نظر می رسد احتمالاً در بروز احساس گرفتاری دخیل باشند. در پژوهش حاضر نیز اکثر افراد نمونه به نحوی از روش زندگی شان راضی نبودند و میل و اشتیاق شدیدی به فرار از دشواری های زندگی داشتند، مثل تنش و مشکلات های موجود در شغل و مسئولیت هایی که پس از برگشت به منزل بر عهده دارند. در مصاحبه های اولیه، زنان شاغل بیان می کردند که هر روز مجبورند تا آخر وقت مشغول کارهای منزل، درس دادن به بچه ها، رسیدگی به همسر و غیره باشند. شیوه ی اسنادی این زنان برای نتایج اعمال خود به صورت منفی و بدبینانه بوده که این خود منجر به درماندگی می گردد، از این رو آنان خود را در محاصره ای می بینند که توان رهایی از آن را ندارند و این باور را دارند که تلاش در جهت دوری از این گرفتاری هیچ گونه اثری در پی نخواهد داشت و توانایی مقابله با آن را نیز ندارند. با توجه به اینکه در رویکرد درمان شناختی-رفتاری، این حوادث و رویدادها نیستند که فرد را ناراحت می سازند بلکه این طرز تفکر فرد است که حاصل باورها، طرحواره ها و نگرش او است و بر شیوه ی پردازش اطلاعات تأثیر می گذارد و سبب بروز هیجانات و واکنش های وی می گردد (درایدن، ۲۰۰۸، ترجمه: بهروزی و جلواری، ۱۳۹۳). آزمودنی ها طی جلسات درمانی به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود پرداختند، به این ترتیب تأثیرات آسیب رسان این الگوی فکری را تشخیص دادند و به جای دریافت های شناختی ناکارآمد، خود الگوهای فکری سازش یافته و درست تری را جایگزین ساختند. گیلبرت (۲۰۰۷) بیان کرده است که تجربه ی احساس گرفتاری می تواند از رقابت های غیر پر خاشگرانه برخاسته شود که رقابت هایی در زندگی روزمره هستند که برای جایگاه اجتماعی در شبکه های وابسته ایجاد شده اند. شکست می تواند در نتیجه ی فقدان و یا کاهش در توانایی ادراک شده ی فرد از رقابت برای مقام اجتماعی برخاسته شود، برای مثال، نادیده گرفته شدن به عنوان یک دوست یا برای یک شغل، احساس وابسته حقارت نسبت به دیگران به دلیل ویژگی های شخصی یا احساس ناکافی بودن در نقش های مختلف مانند والد بودن (گیلبرت، ۲۰۰۷).

۱. Frouzandeh, Aein, Frouzandeh & Derakhshandeh

۲. Wiborg

۳. Moss-Morris

بر این اساس، در پژوهش حاضر، رویکرد آموزش مهارت های حل مساله با آموزش های مناسب در زمینه ی کسب مهارت های ارتباطی، بهبود احساس، کنترل هیجان های غیر کارساز و حل مساله توانست به افراد در توسعه ی رفتارهای ارتباطی مناسب و بهبود رابطه با محیط کمک نماید (فری، ۱۹۹۹). همچنین، با استفاده از روش حساسیت زدایی منظم که شامل سه مرحله است: در مرحله ی اول، یک سلسله مراتب اضطراب درست می شود. به این معنی که یک توالی از رویدادهای اضطراب زا را در نظر می گیرند و آن ها را به ترتیب از خفیف ترین تا شدیدترین مرتب می کنند. در مرحله ی دوم، درمانگر به مراجع آموزش می دهد، به حالت آرامش کامل درآید و حالات بی اضطرابی را تجربه می کند و در مرحله ی سوم از او خواسته می شود، ضعیف ترین رویدادهای فهرست را به ترتیب تجسم کند با استفاده از روش شناختی حساسیت زدایی مبتنی بر بازسازی شناختی، مقداری از پاسخ های اضطراب، احساس گرفتاری وابسته به رویدادهایی که باعث آن ها می شود خاموش و از احساس گرفتاری کاسته شد.

در کل، پژوهش حاضر نشان داد که شناخت ها و باورهای فرد در میزان سطوح خستگی و احساس گرفتاری آن ها نقش کلیدی دارند. شناخت ها و باورهای افراد در شکل گیری جهت های مسیر زندگی و سبک رفتاری آن ها، نقش اساسی دارد. به طوری که شناخت ها و افکار غیر واقع بینانه و تحریف شده می توانند موجبات بروز اختلال های روان شناختی بسیاری را در فرد به وجود آورند. از همین رو، اصلاح شناخت ها و باورهای فرد می تواند با تنظیم مجدد فرآیندهای عقلانی و عاطفی فرد، به طور معناداری از سطوح این عوامل بکاهد.

منابع

- آخرتی، محمود، آهنگری، الهه و طحان، محمد. (۱۳۹۷). بررسی مهمترین موانع مؤثر بر اشتغال زنان روستایی. فصلنامه زن و فرهنگ، ۹(۳۵)، ۱۰۵-۱۱۶.
- درآیدن، ویندی. (۲۰۰۸). رفتار درمانی عقلانی هیجانی: سلسله ویژگی های مشخص CBT. ترجمه: ناصر بهروزی و آرش جلوداری. (۱۳۹۳). همدان: سپهر دانش.
- ریوت، مارک. و استریت، ادی. (۲۰۰۹). خانواده درمانی: ۱۰۰ نکته و فنون. ترجمه: کلثوم کریمی نژاد، نیلوفر رفاهی، مریم نصیری و آرش جلوداری. (۱۳۹۵). همدان: سپهر دانش.
- سلیمانی، اسماعیل. و تاج الدینی، امراه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خستگی بر ابعاد خستگی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS): یک مطالعه ی موردی. مجله روانشناسی بالینی، ۲(۳۰)، ۲۲-۱۳.
- علی عسگری، زهره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبودابرازگری هیجانی در احساس گرفتاری و فقدان لذت جویی و نیاز به ساختارمادران کودکان بیش فعال در شهر اصفهان. دانشگاه آزاداسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).
- قاسمی، مجید؛ خزاییلی، مهدیس؛ خوروش، فریبرز و میرزایی، سمیرا. (۱۳۹۵). بررسی مقایسه ای اثر والپروات سدیم و فلوکستین در بیماران مبتلا به سر دردهای عروقی مغز توام با سندرم خستگی مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۴(۴۰۷)، ۱۳۶۹-۱۳۷۴.

- قمرانی، امیر؛ سیادتیان، سیدحسین و پیشداد، روح الله. (۱۳۹۲). ارزیابی روایی و پایایی مقیاس گرفتاری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۷(۶)، ۵۴-۶۱.
- مقصودی، سوده. (۱۳۹۰). بررسی مشکلات ناشی از هم زمانی نقش های خانگی واجتماعی زنان شاغل شهر کرمان. *مجله جهاد دانشگاهی کرمان*، ۳(۲)، ۷۳-۸۲.
- نصری، صادق؛ نجاریان، بهمن مهربانی زاده هنرمند، مهناز و شکر شکن، حسین. (۱۳۸۱). مقایسه اثربخشی دو روش روانشناختی در کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شهر تهران. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۲(۱)، ۵۳-۸۸.

- Al Mutairi, A., & Fayez, F. (2015). Factors motivating female entrepreneurs in Kuwait. *Journal of Applied Management and Entrepreneurship*, 20(1), 50.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and eventual suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-5.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., ... & Wallace, E. P. (1992). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychometric Research*, 37(2), 147-153.
- Elhinney, M. C. (2005). Proctor DT. Concept of entrapment and decision-making. *Journal Management Decision*, 43: 189-196.
- Ellis, A. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*, Vol. 1. New York: Springer.
- Free, M. (1999). *Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice*. Translated by M. Mohammadi., & R. Farnam (2005). Tehran: Rosh
- Frouzandeh, N., Aein, F., Frouzandeh, M., & Derakhshandeh, S. (2012). Effects of cognitive behavioral therapy on coping styles of nursing and midwifery students in Shahrekord University of Medical Sciences. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 1(1), 1-9.
- Gilbert, P., & Allan S. (2008). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychol Med May*; 28(3):585-98.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585-598.
- Gilbert, P.,- & Gilbert, J. (2007). Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychology & Psychotherapy*, Jun; 76(Pt 2), 173-88.
- Jamill, H. (2005). Subjective fatigue and subjective sleepiness: tow independent consequences of sleep disorders? *Journal of Sleep Research*, 14, 245-253.
- Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The Fatigue Severity Scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology*, 46(10), 1121-1123.
- McElhinney, D., & Proctor, T. (2005). Concept of entrapment and decision-making. *Management Decision*, 43(2), 189-202
- Moss-Morris, R., Dennison, L., Landau, S., Yardley, L., Silber, E., & Chalder, T. (2013). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy (CBT) for adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Consoling and Clinical psychology*, 81(2), 251-62.
- Ranjith, G. (2005). Epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Occupational Medicine Journal*, 55, 13-19.

- Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010). Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research*, 30;178(2):244-8.
- Wiborg, J. F., van Bussel, J., van Dijk, A., Bleijenberg, G., & Knoop, H. (2015). Randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy delivered in groups of patients with chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(6), 368-76.



Effectiveness Of Cognitive-Behavioral Therapy On Reduction Of Chronic Fatigue And Feelings Of Entrapment Among Female Married Employees

*E. Behzadiazad

**P. Askary

Abstract

The current research aimed to examine effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reduction of chronic fatigue and feelings of entrapment among female married employees of National Drilling Company of Ahvaz. Among the population, 30 were recruited using simple random sampling method and were randomly assigned into experimental and control group. The research design was semi-experimental with pre- and post-test and control group. Chalder's et al. (1993) Fatigue Scale and Gilbert and Allan Entrapment Scale (1998) were used to collect the data. The group CBT intervention was applied. The treatment group received 8 weekly 90-minute sessions of CBT based on Stark's (1992) model and Beck's (1990) theory while the control group received no treatment. MANCOVA and ANCOVA methods were used to analyze the data. The results showed that the CBT intervention could reduce the subjects' fatigue and feelings of entrapment.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, chronic fatigue, feelings of entrapment.

* Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

***Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, (Corresponding Author, email: askary47@yahoo.com)