The Role of Behavioral Activation Group Therapy on Ineffective Attitudes Rate and Rumination in Women with Insomnia Disorder

Zohreh Tahmasebi Zadeh, Rezvan Homaei*

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

Article Info:

Received: **11 May 2019** ***Revised:*** **2 Sep 2019** ***Accepted*****: 16 Sep 2019**

ABSTRACT

Introduction: Sleep disorder seriously affects cognitive and physical functions. The aim of the present research was to investigate the effectiveness of behavioral activation group therapy on ineffective attitudes rate and rumination in women with sleep disorder. ***Materials and Methods:*** The research design was a pre-test and post-test with a control group. The research population consisted of all women with insomnia disorder who referred to a psychiatric clinic in Ahvaz, Iran. The sample consisted of 30 individuals who were selected through purposive sampling method and then randomly assigned to two groups of experimental and control. Then, behavioral activation group therapy was performed for 8 sessions (90 minutes per session) for the experimental group. Data was collected using ineffective attitudes and rumination inventory questionnaires. ***Results:*** The results showed that after the behavioral activation group therapy, the mean scores of ineffective attitude and rumination were significantly different in the experimental group compared to the control group. ***Conclusion:*** Our data indicate that behavioral activation group therapy reduces ineffective attitudes and rumination in people with insomnia disorder.

Key words:

1. Women
2. Sleep Wake Disorders
3. Attitude

***Corresponding Author:** Rezvan Homaei

E-mail: *homaei@iauahvaz.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]

نقش درمان فعالسازی رفتاری گروهی بر میزان نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال بی‌خوابی

زهره طهماسبی زاده، رضوان همائی*

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۱۱ شهریور ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۲۵ شهریور ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: اختلال خواب، به طور جدی بر عملکردهای شناختی و جسمی تأثیر می‌گذارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی فعالسازی رفتاری بر میزان نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود. ***مواد و روش‌ها:*** طرح پژوهش حاضر، از نوع پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال بی‌خوابی بود که به کلینیک روانپزشکی اهواز، ایران مراجعه کردند. نمونهٔ پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس گروه درمانی فعالسازی رفتاری طی ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایش انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری جمع‌آوری شدند. ***یافته‌ها:*** نتایج نشان دادند که بعد ازگروه درمانی فعالسازی رفتاری، میانگین نمرات نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، تفاوت معنی‌داری داشت. ***نتیجه‌گیری:*** داده‌ها نشان داد که گروه درمانی فعالسازی رفتاری باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی می‌شود.

کلید واژه‌ها:

۱. زنان
۲. اختلالات خواب -بیدار
۳. نگرش

* **نویسنده مسئول:** رضوان همائی

آدرس الکترونیکی: *homaei@iauahvaz.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]

مقدمه

خواب[1] به‌عنوان یک ضرورت حیاتی است که بر پایهٔ دوره‌های زیستی تکرار می‌شود و نقش بسیار مهمی در سلامت افراد دارد (۱). یکی از انواع رایج اختلالات خواب، دشواری در به خواب رفتن یا تداوم خواب است (۲). بی‌خوابی می‌تواند منجر به پریشانی یا مشکلاتی در عملکرد اجتماعی و شغلی (۳)، اضطراب و افسردگی (۴)، نقص در عملکردهای اجرایی و توانمندی مغز (۵) گردد. در پژوهشی میزان شیوع بی‌خوابی در فرانسه بین ۳۰ تا ۴۰ درصد عنوان شده است و اختلال خواب در بین زنان و سالمندان بیشترین شیوع را داشته است (۶)، بنابراین پژوهش پیرامون اختلال خواب در زنان، ضرورتی اساسی است.

نگرش ناکارآمد، برآمده از باورها و طرحواره‌های جهت‌گیرانه‌ای می‌باشند که فرد نسبت به خود، اطراف، جهان و آینده دارد (۷). این نگرش‌ها باعث سوگیری ادراک و فهم فرد از رویدادها شده، عملکرد و احساسات فرد را تحت تأثیر قرار داده باعث رفتارهای خودتخدیر و آشفتگی هیجانی می‌شود (۸). نگرش ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه هستند که فرد از آن برای قضاوت دربارهٔ خود و دیگران استفاده می‌کند. از آنجا که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییر هستند، ناکارآمد قلمداد می‌شوند و می‌توانند پیش‌بینی‌کنندهٔ علایم اختلال در خواب و افسردگی باشد (۹). نوع نگرش‌ها و پردازش ذهنی افراد با شناخت‌های مربوط به خواب تداخل می‌یابد و بر کیفیت به خواب رفتن فرد اثر می‌گذارد (۱۰). افراد مبتلا به بی‌خوابی، نگرش‌های منفی و ناکارآمدتری را در طول بی‌خوابی‌های شبانه نسبت به افراد دارای خواب بهنجار دارند (۱۱). اثربخشی درمان‌های شناختی بر بهبود کیفیت خواب، نشان‌دهندهٔ اهمیت تأثیرات نگرش‌های ناکارآمد بر کیفیت خواب است (۱۲، ۱۳).

نشخوار فکری، اشتغال دایمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر دربارهٔ آن شناخته می‌شود. این افکار، منفعلانه هستند و جنبهٔ تکراری داشته، مانع حل مسأله شده و منجر به افزایش عاطفهٔ منفی می‌شوند (۱۴). نشخوار فکری طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد و این افکار، بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی تکرار می‌شوند (۱۵). نشخوار فکری همانند نگرش‌های ناکارآمد از جمله الگوهای شناختی نامناسبی هستند که با رفتار، افکار و احساسات تعامل برقرار می‌سازد و موجب آشفتگی در خواب می‌شود (۱۶، ۱۷). نشخوار فکری در افراد، موجب برانگیختگی شناختی اضطرابی در آنان شده، فعالیت دستگاه عصبی خودمختار را در آنان افزایش داده و موجب اختلال در به خواب رفتن، می‌شود (۱۸) و هنگام خواب زمان بیشتری را در بستر بیدار می‌مانند (۱۹). تجربیات پیشین افراد مبتلا به اختلال خواب، در داشتن خوابی آرام و با کیفیت، ناموفق و مملو از شکست‌های مداوم است که باعث درماندگی و احساس عدم کنترل در به خواب رفتن در آن‌ها می‌شود. این تجربیات فرد را خسته و عصبی می‌نماید و باعث روابط اجتماعی پرتنش با دیگران خواهد شد. در هنگام خواب، مرور تعاملات اجتماعی پرتنش و ناخوشایند روزانه، داشتن خوابی آرام را مختل می‌نماید (۲۰).

درمان فعالساز رفتاری[2] از درمان‌های موج سوم است که بر کیفیت فعالیت‌های روزانه تأکید دارد (۲۱). در این درمان سعی بر این است که بیمار را از لحاظ رفتاری و اجتماعی فعال سازد تا منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشار روانی و باورهای غیر منطقی گردد (۲۲). در این درمان، افراد می‌آموزند که چگونه می‌توانند الگوهای رفتاری ناکارآمد را با رفتارهای کارآمد و سازگارانه جایگزین نمایند تا روابط اجتماعی خوشایندی را تجربه نمایند (۲۳). این درمان به جهت کوتاه‌مدت بودن، مقرون به صرفه است (۲۴). این رویکرد به دنبال غنی‌سازی انگیزشی از طریق جستجوی تقویت‌های مثبت است. محیطی که خالی از تقویت‌های مثبت باشد، فرد را به افکار منفی در مورد زندگی و خودش سوق می‌دهد و در نتیجه منجر به هجوم افکار منفی در هنگام خواب خواهد شد، اختلال بی‌خوابی در نتیجهٔ تجربه آزارندهٔ فرد برای به خواب نرفتن و تقویت اندکی که در نتیجهٔ تلاش برای خوابیدن به دست می‌آورد، ایجاد می‌شود. از این رو درمان فعالسازی رفتاری، عوامل ایجادکننده در راه‌اندازی بی‌خوابی را هدف قرار می‌دهد. در این درمان تمرکز بر رفتارهای اجتنابی است، این‌گونه رفتارها گرچه در کوتاه‌مدت باعث آرامش فرد می‌گردد اما در بلندمدت، فرد را از منابع تقویتی محیطی محروم می‌سازد، از جمله رفتارهای اجتنابی بی‌نظمی در برنامهٔ خواب شبانه‌روزی است؛ این بی‌نظمی سبب تشدید اختلال در به خواب رفتن می‌گردد و برقراری برنامه‌ریزی منظم برای زمان خوابیدن، سبب به خواب رفتن موفقیت‌آمیز می‌گردد. بنابراین تمرکز بر این‌گونه رفتارهای اجتنابی، منجر به بروز رفتارهایی خواهد شد که دریافت تقویت مثبت را افزایش می‌دهد (۲۵). همچنین این درمان، شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی لازم باید برای کسب و حفظ تماس با منابع پایدار تقویت مثبت و اجتناب از رفتارهایی که منجر به حذف تقویت مثبت می‌شود را شامل می‌شود (۲۶). تجربهٔ رویدادهای منفی زندگی و عدم دریافت بازخوردهای مثبت از سوی اطرافیان باعث می‌شود که افراد خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و باعث نشخوار ذهنی و افکار ناکارآمد در افراد خواهد شد. این امر موجب

[1] Sleep
[2] Behavioral activiationthrapy

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]

افزایش عواطف منفی و پدید آمدن علایم افسردگی در آن‌ها می‌شود (۲۷)، یکی از آثار افسردگی، داشتن افکار منفی در مورد ارزشمندی خویشتن و افکار خودکشی است (۲۸) و پژوهش‌ها به تأثیرگروه درمانی فعالسازی رفتاری بر درمان افسردگی اشاره نموده‌اند. کانتر[3] و همکاران در آمریکای شمالی اثربخشی گروه درمانی فعالسازی رفتاری را در افراد افسرده مورد تأیید قرار دادند (۲۹). هاگتون[4] در پژوهشی به این نتیجه رسید که گروه درمانی فعالسازی رفتاری در دانشجویان باعث کاهش افسردگی و افکار منفی و ناکارآمد می‌شود (۳۰). کارتیر و پرونچر[5] به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی فعالسازی رفتاری باعث افزایش تجارب خوشایند و کاهش نگرش ناکارآمد نسبت به خود می‌شود (۳۱). جلیلی و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان گروهی فعالسازی رفتاری باعث کاهش علایم افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در دانشجویان شد (۳۲). آریاناکیا و همکاران در پژوهش خود بر بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دریافتند که درمان گروهی فعالسازی رفتاری باعث کاهش علایم افسردگی و نشخوار ذهنی شد (۳۳).

بالا بودن میزان استرس و فشار روزمره و روابط ناموفق، از علل اختلال خواب است و مداخلات روانشناختی و از جمله گروه درمانی فعالسازی رفتاری، در کنترل علل آن، تأثیر دارد (۳۳، ۳۱). با وجود اندک پژوهش‌هایی که در زمینهٔ اثربخشی درمان گروهی فعالسازی رفتاری بر نگرش ناکارآمد و به طور غیر مستقیم بر نشخوار فکری (۳۳) صورت گرفته است، اما این روش درمانی در افراد مبتلا به اختلال خواب صورت نگرفته است. با توجه به خلاء پژوهشی در این زمینه و همچنین افزایش اختلال بی‌خوابی و شیوع بالاتر این اختلال در زنان، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان گروهی فعالسازی رفتاری بر کاهش نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال بی‌خوابی تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعهٔ پژوهش شامل تمام زنان مراجعه‌کننده به کلینیک روانپزشکی شهر اهواز که طبق نظر روان‌پزشک دارای اختلال بی‌خوابی بودند و تمایل به شرکت در جلسات را داشتند، تشکیل می‌دادند. نمونهٔ مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از این زنان بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص داده شدند.

پرسشنامهٔ نگرش ناکارآمد

پرسشنامهٔ نگرش ناکارآمد توسط بک، براون و وایزمن[6] در سال ۱۹۹۱ به‌منظور سنجش نگرش‌های زیربنای محتوای شناختی افسردگی بر اساس نظریهٔ بک ساخته شده است (۳۴). نمره‌گذاری به شیوهٔ لیکرتی ۷ درجه‌ای (از کاملا موافقم=۷ تا کاملا مخالفم=۱) انجام می‌شود. دامنهٔ نمره‌ها از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ است. مطابق تحقیقات مختلف، نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالاتر، آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و داشتن تحریفات شناختی را نشان می‌دهد. تحقیقات در زمینهٔ روایی و پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در جمعی عادی و بالینی نشان داد که آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی سازهٔ آن از طریق همبستگی آن با آزمون افسردگی بک ۰/۷۱ و با پرسشنامهٔ افکار خودآیند ۰/۴۷ است (۸). در ایران ضریب پایایی را پس از ۶ هفته ۰/۹۰ و روایی آن را از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامهٔ افسردگی ۰/۶۵ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۵ گزارش شده است (۳۵). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ به دست آمده است.

پرسشنامهٔ نشخوار فکری

پرسشنامهٔ نشخوار فکری توسط یوسفی ساخته شد. این آزمون شامل ۳۹ سؤال چهار گزینه‌ای است که هر کدام از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌شود و نمرهٔ هر فرد با جمع این امتیازات به دست می‌آید. یوسفی به‌منظور بررسی پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامهٔ نشخوار فکری ۲۱۱ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان را به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامهٔ نشخوار فکری افسرده‌ساز را اجرا کرد. اعتبار همزمان این آزمون از طریق اجرای آن با آزمون افسردگی بک و آزمون شادمانی آکسفورد محاسبه شد. اعتبار سازه از طریق تحلیل عاملی به روش واریماکس انجام شد، اعتبار افتراقی از طریق همسانی درونی اجرای آزمون روی گروه افسرده (بالینی) و گروه غیر بالینی بررسی شد، همسانی درونی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به دست آمد. ضریب اعتبار همزمان با آزمون بک (r=۰/۵۱) و شادکامی (r=۰/۵۳) به دست آمده است که هر دو از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. همچنین نتایج نشان داد که این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۲ برخوردار است (۳۶). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمد.

روش اجرا

[3] Kanter
[4] Houghton
[5] Chartier and Provencher
[6] Back, Brown and Weissman

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]

با مراجعه به کلینک‌های روانپزشکی و ارایهٔ معرفی‌نامه و بیان اهداف پژوهش و روند اجرای آن، با مسئولین مراکز هماهنگی لازم به عمل آمد. برای اجرای پژوهش، با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک، افرادی که طبق تشخیص متخصص روانپزشکی دچار اختلال بی‌خوابی بودند و تمایل به همکاری با پژوهش حاضر را داشتند، انتخاب شدند. شرایط ورود آزمودنی‌ها: تمایل به شرکت در جلسهٔ آموزشی، عدم داشتن مشکل حاد روانی مانند افسردگی شدید، عدم تجربهٔ حادثه‌ای ناگوار در شش ماه گذشته، متأهل بودن و زندگی با همسر در یک منزل و داشتن تحصیلات حداقل سیکل. شرایط خروج آزمودنی‌ها: شامل نداشتن شرایط منطبق با اهداف پژوهش و عدم حضور مداوم و مستمر در جلسات آموزشی بود. گروه‌های آزمایش و گواه به پیش‌آزمون (پرسشنامه‌های نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری) پاسخ دادند. سپس افراد گروه آزمایش در جلسات درمان فعالسازی رفتاری گروهی به مدت ۸ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای شرکت داده شدند، گروه گواه در این مرحله، هیچ درمانی را دریافت ننمودند. بعد از ۸ جلسه درمان، از گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون گرفته شد. برای مقایسهٔ میانگین نمرات دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردید. شرح جلسات مداخله درمانی فعالسازی رفتاری بر اساس مدل فعالسازی رفتاری گروهی به صورت جدول ۱ انجام شد (۳۷).

یافته‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده از تأثیر درمان فعالسازی رفتاری گروهی بر کاهش افکار ناکارآمد و نشخوار فکری در مبتلایان به اختلال خواب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جداول زیر آورده شده است. در جدول ۲، آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مربوط متغیرهای وابسته در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است.

جدول ۱- خلاصهٔ محتوای جلسات درمان فعالسازی رفتاری گروهی.

جلسات	محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون و برقراری رابطهٔ درمانی با شرکت‌کنندگان و آموزش قراردادهای رفتاری به شکل نوشته یا توافق کلامی بین درمانگر و بیماران و بررسی موانع رسیدن به این اهداف
دوم	آموزش و تمرکز بر فعالسازی رفتار بر تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب، تعامل بین فرد و محیط با تغییر رفتارهای آشکار، راهبردهای فعالسازی رفتاری بر اساس اصول خاموشی، شکل‌دهی، مرور ذهنی، حواس‌پرتی، دورهٔ آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای
سوم	آموزش روانی در مورد فرایندهای شفابخش گروهی: توجیه‌هایی درمورد زمینهٔ کلی بیماری، انتخاب روش‌های درمانی مناسب، وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی در خصوص تعامل با افراد دیگر، درمان و استفاده از تجارب دیگران
چهارم	تمرکز بر جنبه‌های استرس، اضطراب بیماری و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی، استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت به همدیگر و امیدبخش برای پیشرفت کوچک بیمار
پنجم	تمرکز بر شایستگی‌ها و توانایی‌های ذهنی، تمرکز بر بهبود جذابیت فیزیکی،کنترل فکر، تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش مسائل اخلاقی، توضیح فرایندهایی چون آموزش توقف شایستگی‌های کاری در بهبود تحمل و پذیرش حالت‌های روانی با تمثیل و گفتگوی گروهی
ششم	تمرکز بر باورهای شناختی و قضاوت شناختی و کنترل آن‌ها و مدیریت استرس بیماران، زیبایی زندگی و استرس افکار منفی افراد مورد شناسایی قرار گرفت و کنترل استرس سازگاری با استرس و پیش‌بینی شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی و نگرش‌های غیر منطقی
هفتم	آموزش در خصوص وضعیت موجود اجتماعی فرد، آموزش مهارت‌های مقابله و بازسازی رفتاری، آموزش مهارت قاطعیت، استفادهٔ بهینه از روان‌شناسان و مددکاران
هشتم	جمع‌بندی از جلسات صورت پذیرفت، از اعضای گروه نظرخواهی شد، در آخر راهکار پیگیرانه ارائه شد و پس‌آزمون صورت پذیرفت

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون به تفکیک گروه در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نگرش ناکارآمد	کنترل	۱۵	۸۷/۲۵	۱۴/۴۷	۸۵/۶۹	۱۲/۶۳
	آزمایش	۱۵	۷۹/۳۶	۸/۰۵	۷۲/۷۱	۷/۰۲
نشخوار فکری	کنترل	۱۵	۶۴/۰۷	۵/۸۳	۶۵/۹۳	۵/۲۳
	آزمایش	۱۵	۶۹/۳۳	۱۱/۹۵	۶۱/۸۷	۶/۵۱

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]

جدول ۳- نتایج آزمون لوین برای متغیرهای نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری.

متغیرها	F	درجهٔ آزادی ۱	درجهٔ آزادی ۲	سطح معنی‌داری
نگرش ناکارآمد	۱/۷۵	۳	۳۶	۰/۳۲
نشخوار فکری	۲/۳۹	۳	۳۶	۰/۱۸

بر اساس نتایج جدول ۳، پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری تأیید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نبود. در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد.

همانطوری که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همهٔ آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین زنان مبتلا به اختلال خواب در گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($P<0/05$، $F=11/080$).

برای پی بردن به این تفاوت دو گروه از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۹ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۵۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری مربوط به تأثیر آموزش فعالسازی رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹ است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری.

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۵۹۱	۱۱/۰۸۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۰۹	۱۱/۰۸۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۴۵	۱۱/۰۸۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۱/۴۴۵	۱۱/۰۸۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹

جدول ۵- تحلیل واریانس یک راهه در متن مانکوا برای متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار فکری.

	نتایج	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اتا	توان آماری
نگرش ناکارآمد	پس‌آزمون	۲۴۰/۵۲	۱	۲۴۰/۵۲	۱۰۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	گروه	۳۴۶/۹۱	۱	۳۴۶/۹۱	۱۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶
	خطا	۶۳۱/۷۶	۲۷	۲۳/۳۹	...	...	...	....
نشخوار فکری	پس‌آزمون	۵۹۲/۶۶	۱	۵۹۲/۶۶	۳۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹	۱/۰۰
	گروه	۲۵۷/۱۳	۱	۲۵۷/۱۳	۱۳/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۳
	خطا	۵۲۶/۷۶	۲۷	۱۹/۵۱	...	...	...	....

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]

همانطوری که در جدول ۵ ارائه شده است با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مبتلا به اختلال خواب در گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ متغیر نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$). به عبارت دیگر، درمان فعالسازی رفتاری گروهی با توجه به میانگین نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری در گروه آزمایش شده است.

میزان تأثیر یا تفاوت برای متغیر نگرش ناکارآمد برابر با ۳۵٪ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۵ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون نگرش ناکارآمد مربوط به تأثیر درمان فعالسازی رفتاری گروهی (عضویت گروهی) می‌باشد و همینطور میزان تأثیر یا تفاوت برای متغیر نشخوار فکری برابر با ۳۲ درصد می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۲ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس‌آزمون متغیر نشخوار فکری مربوط به تأثیر درمان فعالسازی رفتاری گروهی (عضویت گروهی) می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان فعالسازی رفتاری گروهی بر کاهش نگرش ناکارآمد در زنان مبتلا به اختلال خواب تأثیر دارد. این یافته با پژوهش‌های قبلی (۳۲-۳۰) همسو است. هاگتون در پژوهش خود به این نتیجه رسید که درمان فعالسازی رفتاری گروهی در دانشجویان باعث کاهش افکار ناکارآمد می‌شود (۳۰). کارتیر و پرونچر به این نتیجه رسیدند که درمان فعالسازی رفتاری گروهی باعث افزایش ارتباطات اجتماعی خوشایند و کاهش نگرش ناکارآمد نسبت به خود می‌شود (۳۱). جلیلی و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان فعالسازی رفتاری گروهی باعث کاهش علایم افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در دانشجویان شد (۳۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد دچار بی‌خوابی در مقایسه با افراد دارای خواب طبیعی، افکار منفی بیشتری در طول مدت بیداری‌های شبانه دارند، این نگرش‌های ناکارآمد، برانگیختگی‌های شناختی ایجاد می‌نماید که بیش از برانگیختگی‌های هیجانی باعث اختلال در روند خواب خواهند شد و از جمله افکاری که سبب برانگیختگی و اختلال در روند خواب می‌شود، شناخت منفی از خود به‌خصوص در مقایسه با دیگران است، این نوع تفکر از ویژگی‌های نگرش ناکارآمد است (۳۸). درمان فعالسازی رفتاری به مقابله با رفتارهای اجتنابی نظیر عدم زمان‌بندی در برنامهٔ خواب که باعث ناکامی بیشتر در به خواب رفتن خواهد شد، می‌پردازد و به این صورت کمک می‌نماید تا با برنامه‌ریزی منظم خواب، احساس کارآمدی افراد را افزایش داده و این حس آرامش‌بخش می‌تواند با استرس فرد برای ناکامی در به خواب رفتن مقابله نماید. از سوی دیگر گروهی بودن این درمان کمک می‌کند که فرد با استفاده از تجارب موفق دیگران در به خواب رفتن و الگو گرفتن از روش‌های آنان، احساس کارایی بیشتری برای مقابله با اختلال بی‌خوابی داشته باشد. همچنین با افزایش مهارت‌های اجتماعی در حذف روابط منفی و ناکام‌کننده و ایجاد تعاملات مثبت و اثربخش، باعث ایجاد تعریفی مجدد از کارآمدی فرد خواهد شد. احساس خوشایند کارآمدی، از افکار مزاحم هنگام به خواب رفتن می‌کاهد و کیفیت خواب را در افراد بهبود می‌بخشد. تبیین دیگر این یافته می‌تواند این باشد که اختلال در خواب، سبب بر هم خوردن فعالیت‌های روزانه، کاهش و اختلال در روابط اجتماعی فرد می‌شود و درمان فعالسازی رفتاری باعث تنظیم خواب و بیداری و افزایش مشارکت مثبت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود که این عوامل خود باعث افزایش افکار کارآمد می‌گردد. همچنین بازخورد مثبتی که افراد به دلیل انجام تکالیف مثبت روزانه دریافت می‌کنند و بازخورد مثبت ناشی از آن، از یک سو باعث ایجاد و افزایش انگیزه برای انجام تکالیف و فعالیت‌ها در زندگی روزمره می‌شود و از سوی دیگر میزان خودکارآمدی و اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که گروه درمانی فعالسازی رفتاری در کاهش نشخوار فکری مبتلایان به اختلال خواب مؤثر بود. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۳۶، ۳۳) همسو است. یوسفی در پژوهش خود دریافت که درمان‌های شناختی -رفتاری بر کاهش نشخوار ذهنی معلولان حسی -حرکتی مؤثر هستند (۳۶). آریاناکیا و همکاران نیز دریافتند که درمان فعالسازی رفتاری در کاهش نشخوار ذهنی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی است (۳۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت که نشخوار فکری و تکرار ذهنی افکار منفی از جمله ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است و این مسئله همچنان به افزایش اضطراب در آنان منجر می‌شود و می‌تواند در فرایند بهینهٔ خواب اختلال ایجاد نماید (۱۹). درمان فعالسازی رفتاری با تأکید بر اتفاقات مثبت و از طریق تمرکز بر آموزش رفتارهای سازنده و تقویت آن سبب می‌شود تا افراد کمتر به افکار منفی توجه و آن را در ذهن نشخوار کنند و از این طریق در کنترل اختلال در بی‌خوابی خود توانمندتر گردند. این شیوه با تغییر الگوهای معیوب رفتاری و آموزش مهارت تعامل مناسب فرد با محیط، تمرکز بر شایستگی‌ها و توانایی کنترل فکر، نقش پیشگیرانه‌ای در کنترل نشخوار فکری دارد که منجر به اختلال در روند خواب می‌شود. به طور کلی می‌توان گفت که این رویکرد با استفاده از راهبرد شناسایی افکار منفی و غیر منطقی و کسب مهارت برای کنترل و تغییر افکار غیر منطقی، باعث کنترل توجه و درمان نشخوار

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]

فکری در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی می‌شود. همچنین در این روش درمانی با استفاده از راهبردهایی نظیر شفاف‌سازی پیامدهای نشخوار فکری، حل مسأله، تمرکز توجه بر تجارب حسی و تمرکززدایی توجه فرد از افکار نشخوار فکری، به فرد برای رهایی از این افکار کمک می‌کند. در این روش درمانی به بیمار آموزش داده می‌شود بجای اجتناب، از الگوی مقابله‌ای جایگزین و سازگار استفاده کند. به عبارت دیگر، بجای اجتناب از موقعیت‌هایی که یادآور استرس ناشی از مواجه شدن با شرایط بی‌خوابی است، راهکارهایی فعالانه برای تغییر باورهای غیر منطقی را به کار ببرد.

از نخستین محدودیت پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، به دلیل فراهم نبودن شرایط برای استفاده از سایر روش‌های نمونه‌گیری بود. همچنین حجم نمونهٔ پایین و محدود شدن نمونهٔ پژوهش به زنان مبتلا به اختلال خواب شهر اهواز، محدودیت دیگر پژوهش بود، لذا در تعمیم دادن نتایج پژوهش باید احتیاط کرد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌هایی با حجم بیشتر استفاده و یا پژوهش بر روی سایر گروه‌ها انجام شود تا بتوان بهتر نتایج را تعمیم داد. همچنین استفاده از روش‌های نمونه‌گیری با دقت بیشتر مثل روش تصادفی ساده و استفاده از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر روش فعالسازی رفتاری می‌توانند پیشنهادهای پژوهشی مناسبی باشند. پیشنهاد دیگر اینکه می‌توان روش درمان فعالسازی رفتاری را با سایر روش‌های روان‌درمانی موج سوم مثل درمان پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی، روان‌درمانی تحلیل تابعی، سیستم تحلیل رفتاری شناختی، طرحواره درمانی و غیره مقایسه کرد. همچنین با توجه به نتایج می‌توان گفت درمان فعالسازی رفتاری می‌تواند باعث کاهش میزان افکار ناکارآمد و نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال خواب شود، لذا این روش قابلیت کاربرد اجرایی در مراکز درمانی را دارد و جزء روش‌های درمانی مؤثر می‌باشد. بنابراین مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش درمانی موج سوم درمانگری یعنی درمان فعالسازی رفتاری برای کاهش افکار ناکارآمد و نشخوار فکری استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیهٔ شرکت‌کنندگان که در این پژوهش مارا یاری داده‌اند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

1. Mah ChD, Kezirian EJ, Marcello BM, Dement WC. Poor sleep quality and insufficient sleep of a collegiate student-athlete population. Sleep Health. 2018; 4(3): 251-7.

2. Araujo T, Jarrin DC, Leanza Y, Vallières A,Morin CM. Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. Sleep Med Rev. 2016; 31(2): 58-69.

3. Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, Irwin MR. Mindfulness meditationand improvement in sleep quality and daytimeimpairment among older adults with sleepdisturbances: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2015; 175(4): 494-501.

4. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, Vela-Bueno A, Kales A. Insomnia in central pennsylvania. J Psychosom Res. 2002; 53(1): 589-92.

5. Anderson C, Horne J. Sleepiness enhances distraction during amonotonous task. Sleep. 2006; 29(4): 573-6.

6. Ohayon MM, Lemoine P. Sleep and insomnia markers in the general population. Encephale. 2004; 30(2):135-40.

7. Shahabi Z, Bagheri H, Alaee Nejad F. The relationship between sleep quality and life quality in nurse. Journal of Tehran Medicine Science College of Nurse and Midwifery. 2006; 12(4): 13-20.

8. Abela RZ; Skitch SA. Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parent. Behav Res Ther. 2007; 45(1): 1127-40.

9. Salehzadeh M, Najafi M. Effectiveness of cognitive–behavioral therapy on dysfunctional attitudes in epilepticpatients. Journal of Shahid Sadoughi University Medicine Science. 2011; 19(3): 377-87.

10. Kërqeli A, Kelpi M, Tsigilis N. Dysfunctional attitudes and their effect on depression. Procedia Soc Behav Sci. 2013; 84: 196-204.

11. Watts FN, Coyle K, East MP. The contribution of worry to insomnia. Br J Clin Psychol. 1994; 33(2): 211-20.

12. Wicklow A, Espie CA. Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. Behavior Research and Therapy. 2000; 38(7): 679-93.

13. Marin CM, Bootzin R, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psycological and behavioral treatment ofinsomnia:update of the recent evidence (1998-2004). Sleep. 2006; 29(11): 224-9.

14. Thomas C, Neylan MD. Time to disseminate cognitive behavior treatment of insomnia. Arch Intern Med 2011; 171(10): 895-96.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]

15. Brosschot JF. Markers of chronic stress: Prolonged physiological activation and (un)conscious perseverative cognition. Neurosci Biobehav Rev. 2010; 35(1): 46-50.

16. Asadi Majareh S, Abedini M, Poursharifi H, Nikucar M. The relationship between intolerance of uncertainty and rumination with worry in the student population. J Clin Psychol. 2012; 4(16): 83-91.

17. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. Behavioral Research and Therapy. 2002; 40(3): 869-93.

18. Fernandez-Mendoza J, Vela-Bueno A, Vgontzas AN, Ramos-Platon MJ, Olavarrieta-Bernardio S, BixlerEO. Cognitive-emotional hyper-arousal as apremorbid characteristic of individuals vulnerable toinsomnia. Psychosomatic Medicine. 2010; 72(3): 397-403.

19. Zoccola PM, Dickerson SS, Lam S. Rumination predicts longer sleep onset latency after an acute psychosocial stressor. Psychosomatic Medicine. 2009; 71(4): 771-5.

20. Radman E, Khodabakhshi Koolaee A, Taghvaee D. Effectiveness of the anger management group therapy on sleep quality and anger among the patients with coronary heart diseases. Community Health. 2015; 2(4): 228-37.

21. Dimidjian S, Brrera M, Martell, CR, Munoz RF, Lewinson P. The origins and current status of behavioral activation treatments fordepression. Annu Rev Clin Psychol. 2011; 7(1): 1-38.

22. Dawe S, Loxton NJ. Abuse and dysfunctional eating inadolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity toreward and punishment. Int J Eat Disord. 2014; 29(4): 455-62.

23. American psychiatric association. diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text Revision, DSM-5. Washington DC. 2013.

24. Kanter JW, Womanos R, Bowe WM, Baruch DE, Busch AM, Rusch LC. What is behavioral activation? A review of theempirical literature. Clinical Psychology Review. 2010; 30(6): 608-20.

25. Ly K, Janni E, Wrede J, Sedem M, DonkerT, Carlbring P. Experiences of a guided smartphone-based behavioral activation therapy for depression: A qualitative study. Internet Interventions. 2015; 2(1): 60-8.

26. Pehoroun H, Moradi AR, Hatami M, Moshirpanahi Sh. The effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing depression symptoms and improving the quality of life of major depressed patients. Clinical Psychology Studies. 2013; 4(14): 41-62.

27. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatment of depression: A meta- analysis. Clinical Psychology Review. 2007; 27(3): 318-26.

28. Davis TME, Hunt K, Bruce D, Starkstein S, Skinner T, McAullay D. Prevalence of depression and its associations with cardio-metabolic control in aboriginal and anglo-celt patients with type 2 diabetes: the fremantle diabetes study phase II. Diabetes Res Clin Pract. 2015; 107(3): 384-91.

29. Kanter JW, Santiago-Rivera AL, Santos MM, Nagy G, López M, Hurtado G, et al. A randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for latinos with depression. Behav Ther. 2015; 46(2): 177-92.

30. Houghton S. Behavioural activation in the treatment of depression. Mental Health Practice. 2013; 4(1): 18-23.

31. Chartier I, Provencher MD. Behavioural activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. J Affect Disord. 2013; 145(3): 292-9.

32. Jalili A, Asgharnejad Farid A, Ghorabi B, Soleimani M, Faraji P. The effect of group therapy on behavioral activation on depression symptoms and ineffective. Attitudes of Psychological Research. 2014; 2(1): 45-66.

33. Ariana Kia E, Moradi, AR, Hatami, M. The effectiveness of combined therapy for short-term behavioral activation and cognitive-based mindfulness in patients with major depressive disorder. Clinical Psychology. 2014; 6(1): 15-27.

34. Ebrahimi A. Effectiveness of integrated treatment of religious, cognitive behavioral and drug therapy ondepression and dysfunctional attitudes of patients with dysthymic disorder. PhD thesis. Isfahan University. 2009.

35. Yousefi Z, Abedi MR, Bahrami F, Mehrabi H. Cons truction and standardization of depressive rumination logs summary Journal of Psychology. 2009; 13(1): 54-68.

36. Farahbakhsh A, Dehghani F. The Effectiveness of mindfulness therapy on sleep quality and mental health of women with insomnia disorder. Journal of Torbat Heydarieh University of Medical Sciences. 2016; 3(4): 8-15.

37. Kanter JW, Busch AM, Rusch LC. Behavioral activation: Distinctive features. Routledge. 2006.

38. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. Journal of Adolescence Health. 2010; 46(2): 124-32.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.77]