

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودکشی دانش آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Suicidal Thoughts in Female Students with Major Depression Disorder

Nastaran Shayganfar

M. A. of Exceptional Child Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.

Nastaran.shaygan98@gmail.com

نسترن شایگان فر

کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing suicidal ideation in students with major depressive disorder. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. The statistical population of this study consisted of all second grade female students of high schools in Tehran city in the academic year of 2018-2019. After initial assessment using BDI-II scale, a total of 30 female students were selected using purposeful sampling and randomly assigned into an experimental group (n=15) and a control group (n=15). The experimental group received 8 mindfulness-based cognitive therapy protocols for 8 sessions of 90 minutes (2 sessions per week); the control group was on the waiting list. The Beck Suicide Questionnaire (1989) was used for data collection in two stages of pre-test and post-test. Univariate analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that there was a significant difference between the mean of post-test scores of the experimental and control groups in suicidal thoughts. According to the results of this study, it is suggested that psychologists and counselors use the results of this study to reduce the suicidal ideation in students.

Keywords: Cognitive therapy, mindfulness, suicidal ideation, major depression.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودکشی دانش آموزان با اختلال افسردگی اساسی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را همه دانش آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهر تهران در در نیم سال دوم تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. تعداد ۳۰ نفر از آنها پس از تشخیص اختلال افسردگی اساسی و به روش نمونه گیری هدفمند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (در هر هفته ۲ جلسه)، پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت گروهی دریافت کردند؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه خودکشی بک (۱۹۸۹) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون، بین میانگین نمرات پس آزمون افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر افکار خودکشی تفاوت معناداری وجود داشت. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود تا روان‌شناسان و مشاوران از نتایج این مطالعه در جهت کاهش افکار خودکشی دانش آموزان بهره ببرند.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی، ذهن آگاهی، افکار خودکشی، افسردگی اساسی.

ویرایش نهایی: شهریور ۹۹

پذیرش: اسفند ۹۸

دریافت: بهمن ۹۸

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی^۱، شایع‌ترین بیماری روانی است که بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در جهان از آن رنج می‌برند و یکی از عوامل مهم ناتوانی در زندگی فرد است (رایس، ریگلین، لوماکس، ساتر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال در حال حاضر چهارمین بیماری

1 . Major Depression Disorder
 2 . Rice, Riglin, Lomax, Souter

شایع در جهان محسوب می‌شود و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع در جهان بدل شود (جاد^۱، ۱۹۹۷؛ به نقل از اونولی، اسوندسن، بورستین و مریکانگس^۲، ۲۰۱۵). افسردگی اساسی، به عنوان یک اختلال شدید روان‌پزشکی، هزینه‌های زیادی را بر سلامت عمومی تحمیل می‌کند، که بر زندگی زنان بیشتر از مردان تأثیر می‌گذارد (لوکاس و همکاران^۳، ۲۰۱۴). مطابق دیدگاه شناختی، اختلال افسردگی اساسی می‌تواند ناشی از فرآیندهای شناختی منفی باشد که در ایجاد و پایداری این اختلال نقش مهمی ایفا کند. اختلال در کارکردهای شناختی، مشخصه مهم اختلال افسردگی اساسی محسوب می‌شود (روسو، ماهون و بوردیک^۴، ۲۰۱۵). این اختلال ممکن است سبب گرایش افراد به سمت رفتارهای پرخطر، مثل خودکشی شود (پورحسین و همکاران، ۱۳۹۳).

براساس آمار پزشکی قانونی کشور، خودکشی^۵ یکی از شایع‌ترین علل مرگ در بین نوجوانان است (گرمارودی، مکارم، علوی و عباسی، ۱۳۸۸). در دو دهه اخیر، پژوهش‌های زیادی درباره خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی انجام شده است و مدل‌های جدیدی برای تبیین این نوع رفتار پرخطر در نوجوانان و ارتباط و افتراق آن از اقدام به خودکشی ارائه شده است (حکیم شوشتری و خانی‌پور، ۱۳۹۳). خودکشی یکی از معضلات بهداشت روان نوجوانان است، سالانه، نزدیک به ۴۶۰۰ نوجوان ۱۲ تا ۱۹ ساله خودکشی می‌کنند. آمار تکان‌دهنده‌تر این است که برای هر خودکشی منجر به مرگ در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله، بین ۱۰۰ و ۲۰۰ مورد اقدام به خودکشی وجود دارد (اسمیسنجی، چریسلر و ویلارول^۶، ۲۰۱۴). هر چند مقوله خودکشی در کشورهای توسعه یافته مورد توجه بیشتری واقع شده است، ولی در کشورهای در حال توسعه مورد بی توجهی قرار گرفته است (ارژنگ، ۱۳۹۰). شیوع افکار خودکشی^۷ در طول دوره زندگی در محدوده ۱۲/۱-۲۹/۹ درصد تخمین زده می‌شود. نتایج مقایسه‌ی ۴۹ کشور در حال توسعه متوسط شیوع کلی افکار خودکشی را ۱۵/۳ درصد گزارش کرده است، بالاترین شیوع مربوط به منطقه آفریقا حدود ۸/۱۹ درصد گزارش شده است (سو- جانگ، بو- جیان، تسی- تسانگ، چائو- پینگ و جین - رو^۸، ۲۰۱۸). افکار خودکشی، گونه‌ای اشتغال فکری پیرامون مرگ است که هنوز جنبه‌ی عملی به خود نگرفته است. افکار خودکشی و تلاش‌های قبلی به‌عنوان پیش‌بینی کننده قوی برای خودکشی نوجوانان شناخته می‌شوند (لوری^۹، ۲۰۱۴). تقریباً یک‌سوم از نوجوانانی که افکار خودکشی دارند در سنین نوجوانی برای خودکشی برنامه‌ریزی می‌کنند. حدود ۶۰ درصد از افرادی که چنین برنامه‌ای دارند عمدتاً یک سال پس از شروع پیدایش ایده خودکشی در ذهنشان، اقدام به خودکشی می‌کنند (سیمبار^{۱۰}، ۲۰۱۴).

در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارودرمانی و درمان‌های ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. در این حوزه، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۱} مطرح شده است که تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود افسردگی دارد (پاپاگریکو و ولز^{۱۲}، ۲۰۰۴). ذهن آگاهی یکی از راه‌های کاهش فشار روانی است. ذهن آگاهی احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (براون و رایان^{۱۳}، ۲۰۰۳). پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی ردیابی کرد. ذهن آگاهی به عنوان هدفی از مذاهب تعمقی به‌ویژه بودا شناخته می‌شود (فالکنستروم^{۱۴}، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی به‌طور کلی به فرایندهایی شناختی اطلاق می‌شود که طی آن‌ها فرد ذهن آگاه، تمرکز خود را روی تجربه احساسات و اتفاقاتی که در لحظه حال در خود یا اطرافش رخ می‌دهد متمرکز می‌سازد (بایر، اسمیت و آلن^{۱۵}، ۲۰۰۴). ذهن آگاهی شامل اتخاذ نگرشی غیر قضاوتی نسبت به تجربه‌های شخصی است که لحظه به لحظه در جریان است از این رو به فرد اجازه می‌دهد تا واکنش کمتر و در مقابل پذیرش بیشتری نسبت به این تجارب داشته باشد (شاپیرو، کارلسون، آستین و

- 1 . Jad
- 2 . Avenevoli, Swendsen, Burstein & Merikangas
- 3 . Lucas
- 4 . Russo, Mahon & Burdick
- 5 . Suicide
- 6 .Smischney, Chrisler & Villarruel
- 7 .suicidal ideation
- 8 . Su-Jung, Bo-Jian, Tse-Tsung, Chao-Ping & Jiin-Ru
- 9 .Lowry
- 10 .Simbar
11. Mindfulness
12. Papageorgio & Wells
13. Brown & Ryan
14. Falkenstrom
15. Baer, Smith & Allen

فریدمان^۱، ۲۰۰۶). در مقابل، فقدان ذهن آگاهی موجب خودگویی‌های منفی دائمی می‌شود که نقش مهمی در فرآیندهای خودارزیابی ایفا می‌کند (فرپلانکن، فرببرگ، وانگ، ترافیمو و وولف^۲، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افزایش ذهن آگاهی پیامدهای مختلفی از بهزیستی مانند کاهش فشار روانی، اضطراب، افسردگی، افراط در خوردن، درد و غیره به همراه داشته است (بایر و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه مارلات^۳ (۲۰۰۲)، نشان می‌دهد که ذهن آگاهی می‌تواند به‌طور مستقیم و همچنین از طریق متغیرهای واسطه‌ای، افسردگی، استرس و پرخاشگری را کاهش و منجر به افزایش سلامت روانی گردد. علاوه بر این، نتایج تحقیق شاپیرو (۲۰۰۶)، در جمعیت غیربالینی نشان می‌دهد که ذهن آگاهی عاطفه مثبت، بهزیستی و کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد و هیجان‌های منفی، نشخوار فکری، نشانگان استرس، اضطراب، جسمانی سازی، پرخاشگری و رفتارهای اجتنابی را کاهش می‌دهد. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده است که ذهن آگاهی می‌تواند سلامت و تحمل عوامل تنیدگی را و هیجان‌های منفی را کاهش دهد (کابات-زین^۴، ۲۰۰۳؛ برسلین، زاک و مک‌ماین^۵، ۲۰۰۲). طبق پژوهش‌های انجام شده به نظر می‌رسد ذهن آگاهی از طریق تحول و رشد هوش هیجانی و با تشویق افراد به ادراک دقیق هیجان‌ها و تنظیم هیجان‌ها می‌تواند بهزیستی افراد را بهبود بخشد (وانگ و کونگ^۶، ۲۰۱۴؛ کافی، هارتمن و فردریکسون^۷، ۲۰۱۰؛ شوتی و مألوف^۸، ۲۰۱۱). ابراهیمی، جعفری و رنجبر سودجانی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین ذهن آگاهی و راهبردهای تنظیم هیجانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. پاسدار، حسنی و نوری (۱۳۹۶) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودشفقتی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی تأثیر دارد. در مطالعه‌ای که توسط ویلیامز، دوگان، کرانی و فیننیل^۹ (۲۰۰۶) انجام شد، نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود خودکشی افراد مبتلا به افسردگی، تأثیر دارد. گودرزی، گل محمدی، بشیرگنبدی و صمدی (۱۳۹۸) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که درمان ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و پرخاشگری سربازان، مؤثر است. نتایج مطالعه ویتمن، پیتر، گاتینا، اوتن، کهلس و مسنر^{۱۰} (۲۰۱۴) نشان دادند که ذهن آگاهی بیشتر در زندگی روزمره با تکانشگری کمتر، کنترل هیجانی بهتر گذشته و چشم انداز آینده‌های مشخص تر در ارتباط است. مهری‌نژاد و رمضان ساعتچی (۱۳۹۵)؛ شیرازی تهرانی و قدم پور (۱۳۹۵) و پسندیده و ابوالمعالی (۱۳۹۵)، در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی و همه ابعاد آن شامل بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی اثربخش است. علاوه بر این، نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش پرخاشگری (رستمی، فتحی و خیری، ۱۳۹۸)؛ تنیدگی ادراک شده (سبحانی، باباخانی و آل بویه، ۱۳۹۸؛ شجاعی‌زند و طیبی، ۱۳۹۶)؛ کاهش افسردگی، روان‌رنجورخویی و اضطراب، ارتقای بهزیستی و ارتقای توانایی سازش و عملکرد هیجانی (گایو، فان، ویا یان، زانگ، چانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶؛ حدادی کوهسار، مرادی، غباری بناب و ایمانی، ۱۳۹۷)، در جمعیت‌های مختلف بوده است.

با توجه به مطالب فوق و سیر روز افزون خودکشی به عنوان یک معضل اجتماعی و خطری برای سلامت روان افراد جامعه و لزومی که در پیشگیری از این پدیده وجود دارد و با توجه به این که امر پیشگیری فقط با شناسایی عوامل مؤثر بر خودکشی امکان‌پذیر است و همچنین با توجه به این که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از کارایی بالایی در کاهش افسردگی و سایر اختلالات همبود با آن نشان داده است (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۶) و خلأ پژوهشی مبتنی بر شواهد که در زمینه اثربخشی این درمان بر افکار خودکشی دانش آموزان با اختلال افسردگی وجود دارد، ضرورت انجام این پژوهش را توجیه می‌کند. از این‌رو، این پژوهش در پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی دانش آموغان با اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد؟

روش

1. Shapiro, Carlson, Astin & Freedman
2. Verplanken, Friborg, Wang, Trafimow & Woolf
3. Marlatt
4. Kabat-Zinn
5. Breslin, Zack & McMain
6. Wang & Kong
7. Coffey, Hartman, & Fredrickson
8. Schutte & Malouff
9. Williams, Duggan, Crane & Fennell
10. Wittman, Peter, Gutina, Otten, Kohls & Meissner
11. Gao, Fan, Wai Yan Wu, Zhang, Chang

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را همه دانش‌آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهر تهران در در نیم سال دوم تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین نواحی شهر تهران، ۳ ناحیه به صورت تصادفی انتخاب (نواحی ۳، ۶ و ۱۱) و از مدارس این نواحی نیز به صورت تصادفی یک مدرسه دخترانه دوره دوم متوسطه انتخاب شد. در هر مدرسه از بین دانش‌آموزان پایه دوم، ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. تست افسردگی بک-۲ بر روی آن‌ها اجرا و دانش‌آموزانی که در این تست نمره ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) کسب کردند، به مصاحبه دعوت شدند. پس از انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته، ۳۰ نفر را که دارای افسردگی شدید (کسب نمره بین ۶۳-۲۹) بودند به تشخیص روان‌شناس پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن علائم اختلال افسردگی اساسی که با پرسشنامه افسردگی بک-۲ بررسی شد، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی مانند سایکوز و اختلال دوقطبی (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، عدم شرکت همزمان در هرگونه مداخله درمانی دیگر، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه درمان. جهت رعایت مسائل اخلاقی، به دانش‌آموزان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند.

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک^۱ (SCID-I): SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد که فرست، اسپیتزر، گیبون، ویلیامز^۲ (۱۹۹۶) تهیه کرده‌اند و دارای دو نسخه، بالینگر (SCID-CV) و پژوهشی است که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد. این نسخه، اختلال‌هایی را پوشش می‌دهد که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌شود، در این نسخه هر کدام از گویه‌ها به سه صورت (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌شوند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد. شریفی، اسعدی، محمدی، امینی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آن‌ها همچنین کاپای کلی تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کلی تشخیص‌های طول عمر پایدار را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند.

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم^۳ (۱۹۹۶): این پرسشنامه شکل بازنگری شده نسخه اول پرسشنامه افسردگی بک است (بک، استیر و براون^۴، ۱۹۹۶) و ۲۱ گویه دارد که بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از «صفر» (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا «۳» (افسردگی شدید) درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. نمرات برش این پرسشنامه در غیر افسرده‌ها (۰ تا ۱۳)؛ افسردگی خفیف (۱۴ تا ۱۹)؛ افسردگی متوسط (۲۰ تا ۲۸) و افسردگی شدید (۲۹-۶۳) است. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶)، همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را، ۰/۹۳ گزارش داد. در پژوهش فتی، بیرشک، عاطف وحید و استفان دابسون (۱۳۸۴) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری، ضریب آلفا، ۰/۹۱ ضریب همبستگی میان دو نیمه، ۰/۸۹ ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به دست آمد. از این ابزار تنها به عنوان غربالگری اولیه استفاده شد.

پرسشنامه خودکشی بک^۵ (BSQ): این مقیاس را در سال ۱۹۷۹، بک برای سنجش مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته است. اجرای آن از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود و برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی گرایانه فراهم می‌کند. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ گویه است که بالینگر بر روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه‌بندی می‌کند. حداقل نمره (۰) و حداکثر (۳۸) است که نمره بالا به معنای مستعد بودن بالای فرد نسبت به خودکشی است. پنج گویه اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربال‌گری می‌کند و از این طریق مدت زمان اجرا را در افراد فاقد میل خودکشی کاهش می‌دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند، در مواد ۶-۱۹ درجه‌بندی می‌شوند. این مواد

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV
2. First, Spitzer, Gibbon & Williams
3. Beck Depression Inventory-II
4. Steer & Garbin
5. Beck Suicide Questionnaire

به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی-گرایانه، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده بودن و آرزوی مردن، بازدارنده‌های درونی و بیرونی و سابقه اقدامات قبلی خودکشی مربوط می‌شود. اعتبار و پایایی مقیاس خودکشی بک در پژوهش‌های گوناگون تأیید شده است. برای مثال بک، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد (بک و استیر، ۱۹۹۰). انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی (۱۳۸۴) در بررسی اعتبار و روایی این پرسشنامه دریافتند که روایی هم‌زمان مقیاس خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

پس از اجرای پیش‌آزمون خودکشی بک، افراد گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (در هر هفته ۲ جلسه)، پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را مطابق با جدول ۱، دریافت کردند؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. بعد از پایان جلسات، گروه کنترل نیز این مداخله را دریافت کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک‌متغیره استفاده شد.

جدول ۱. شرح جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات-زین، ۲۰۰۳)

جلسه اول	معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار: معرفی برنامه و شرح مختصری از ۸ جلسه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی با مفاهیم آموزش ذهن آگاهی و لزوم آموزش ذهن آگاهی، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واری بدن و تنفس آگاهانه، تکلیف دهی
جلسه دوم	رویارویی با موانع: مورد تکلیف هفته‌ی گذشته (انجام مراقبه واری بدن و بحث در مورد این تجربه)، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته، تکلیف دهی
جلسه سوم	آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه: تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکلیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، انجام تمرین‌های حرکات یوگای، تکلیف دهی.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال: مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها، بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود). آموزش نحوه ماندن در زمان حال، مفهوم به تمرکز توجه، تکلیف دهی
جلسه پنجم	اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات): مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگای، تکلیف دهی
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند: تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکلیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه‌ی تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند، استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن آگاهی، تکلیف دهی.
جلسه هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم؟: مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. ارائه تمرینی جهت تهیه لیستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت (غیرانتخابی)، تکلیف دهی.
جلسه هشتم	پذیرش و تغییر (استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید): مراقبه واری بدن، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، طرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا دوست دارند این تمرین‌های مراقبه را ادامه دهند؟ آیا مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته است؟ گرفتن بازخورد از شرکت کنندگان و اخذ پس‌آزمون، آمادگی برای خاتمه جلسات و پایان مداخله.

یافته‌ها

در جدول ۲ آماره‌های توصیفی افکار خودکشی، شامل میانگین و انحراف استاندارد برای گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده‌اند. هم‌چنین، در جدول ۳ نتایج آزمون لوین و کلموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های افکار خودکشی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
			آزمایش	کنترل	
پیش آزمون	افکار خودکشی	۳۳/۱۲	۶/۸۹	۳۳/۳۰	۷/۸۱
پس آزمون	افکار خودکشی	۱۸/۱۵	۳/۶۶	۳۳/۹۰	۷/۵۱

اطلاعات جدول ۲ حاکی از کاهش میانگین نمره افکار خودکشی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون است.

جدول ۳. نتایج مفروضه‌ها برای متغیر پژوهش

متغیر	کلموگروف - اسمیرنوف	سطح p	آزمون لون	سطح p
افکار خودکشی	۰/۱۷	۰/۱۳	۳/۴۵	۰/۰۷۳

با توجه به نتایج جدول ۳، نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر افکار خودکشی نشان داد، سطح معناداری به دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. هم‌چنین، نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به منظور بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودکشی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta ²
الگوی اصلاح شده	۲۲۸/۶۳۹	۲	۲۳۸/۸۲۰	۴۶/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷
عرض از مبدأ	۲۲۳/۹۳۳	۱	۲۲۳/۹۳۳	۴۷/۲۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱
پیش آزمون متغیر	۲۳۹/۵۳۹	۱	۲۳۹/۵۳۹	۷۷/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳
گروه	۱۷۰/۰۸۸	۱	۱۷۰/۰۸۸	۳۳/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲
خطا	۱۸۰/۷۶۱	۲۷	۰/۵۰۷			
کل	۱۶۷۸	۳۰				

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جدول ۴، با کنترل اثر پیش آزمون، بین میانگین نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر افکار خودکشی ($\eta^2 = 0/61$ و $p < 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افکار خودکشی دانش آموزان گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی دانش آموان با اختلال افسردگی اساسی انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی دانش آموزان با اختلال افسردگی اساسی، تأثیر دارد. این یافته همسو با نتایج مطالعات شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۸)؛ رستمی و همکاران (۱۳۹۸)؛ زمستانی و همکاران (۱۳۹۸)؛ حدادی کوهسار و همکاران (۱۳۹۷)؛ ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ پاسدار و همکاران (۱۳۹۶)؛ مهری نژاد و همکاران (۱۳۹۵) و شیرازی تهرانی و قدم پور (۱۳۹۵)، در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، تکانشگری و افزایش یهزیستی، همسو است. علاوه بر این، با نتایج مطالعات گودرزی و همکاران (۱۳۹۸) و ویلیامز و همکاران (۲۰۰۶)، مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود خودکشی، همسویی مستقیم دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که زندگی به شیوه ذهن آگاهانه باعث می‌شود که دانش آموزان نسبت به خود، توانایی‌ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه از امیدواری و خوش‌بینی بیشتری در زندگی برخوردار باشند. افرادی که ذهن آگاهی در آنها بالا باشد، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگی‌های خودکار ذهنشان (به طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده) آشنایی پیدا می‌کنند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش می‌دهند که باعث می‌شود این افراد کمتر افکار خودآسیبی داشته باشند (شاری، المکویست، وولفورد-کلیوینجر، گاوریا سیک، اندرسون و استوارت^۱، ۲۰۱۶). در مقابل افرادی که ذهنی سرگردان دارند، توانایی واقع‌بینی را از دست می‌دهند و بیشتر نقاط ضعف و جنبه‌های تاریک زندگی را در نظر می‌گیرند و از هیجانات ناخوشایندی همچون افسردگی و اضطراب رنج می‌برند که در نهایت منجر به افکار خودکشی در آنها می‌شود (چسین، اینتریان، کلین، بنجامین فیلیپس، لاتوری و استنلی^۲، ۲۰۱۶). از نظر هیث، کارسلی، دی ریگی، میلز و میتلیر^۳ (۲۰۱۶) ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار پریشان، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو، می‌تواند نقش مهمی را در تنظیم رفتاری و کاهش افکار خودکشی ایفا کند.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش تجربه را بدون قضاوت و عدم تلاش برای سرکوبی تجربه، منعکس می‌کند که این امر می‌تواند باعث کاهش رفتار واکنشی افراد در مواقعی که با خودکشی روبه‌رو می‌شوند، بشود و به آنها اجازه بدهد که افکار خودکشی را متوقف کنند. در واقع، می‌توان گفت که چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (براون و رایان، ۲۰۰۳)، می‌تواند در تعدیل نمرات افکار خودکشی دانش آموزان با اختلال افسردگی اساسی تأثیر داشته باشد؛ زیرا از جنبه‌های مهم درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (هیث و همکاران، ۲۰۱۶). از این‌رو، بعد از آموزش دانش آموزان یاد گرفتند که وقایع مربوط به زندگی و محیط پیرامون را به صورت مثبت ارزیابی کنند و از قضاوت‌های منفی در مورد عدم سازگاری مقابله کنند که همین امر موجب می‌شود آنان کمتر افکار خودکشی را تجربه کنند.

در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که این مطالعه بر روی دانش آموزان دختر انجام شده است. علاوه بر این، در این پژوهش اثرات گروه درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفته است. از لحاظ نظری، نتایج این تحقیق می‌تواند زمینه را برای فهم بهتر نوع و چگونگی استراتژی‌های شناخت درمانی ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله کارآمد در زمینه کاهش افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی را فراهم کند. از لحاظ کاربردی نیز شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر و کارآمد در جهت کاهش افکار خودکشی دانش آموزان با اختلال افسردگی اساسی، توسط مشاوران و روان‌درمانگران مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- ابراهیمی، ش.، جعفری، ف. و رنجبر سودجانی، ی. (۱۳۹۷). رابطه بین ذهن آگاهی و راهبردهای تنظیم هیجانی دانشجویان. *ماهنامه رویش روان‌شناسی*، ۱۳-۳۰، (۵)۷.
- انیسی، ج.، فتحی آشتیانی، ع.، سلیمی، س. ح. و احمدی، خ. (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۳۷-۳۳، (۷)۱.
- بدری، ع. ر. (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری و حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به زخم گوارشی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.
- پاسدار، ک.، حسنی، ج. و نوری، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودشفقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی مختلط. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، (۲)۵، ۹-۲۱.
- پسندیده، ر. و ابوالعالی، خ. (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی. *مجله اندیشه و رفتار*، (۴۱)۱۱، ۷-۱۸.

1 . Shorey, Elmquist, Wolford-Clevenger, Gawrysiak, Anderson & Stuart
2 . Chesin, Interian, Kline, BenjaminPhillips, Latorre & Stanley
3 . Heath, Carsley , De Riggi, Mills & Mettler

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودکشی دانش آموان دختر با اختلال افسردگی اساسی
The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Suicidal Thoughts in Female Students with ...

- پورحسین، ر...، فرهودی، ف.، امیری، م.، جان‌بزرگی، م.، رضایی بیداخویدی، ا. و نورالهی، ف. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۴)، ۲۱-۴۰.
- حدادی کوهسار، ع. ا.، مرادی، ع. ر.، غباری‌بناب، ب. و ایمانی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۱)، ۱-۳۰.
- حکیم شوشتری، م. و خانی پور، ح. (۱۳۹۳). مقایسه خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان: مرور نظام‌مند. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۰(۱)، ۳-۱۳.
- رستمی، ح.، فتحی، آ. و خیری، ا. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در کاهش پرخاشگری و افزایش سلامت روانی سربازان. *مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۷(۱)، ۱۰۹-۱۱۷.
- زمستانی، م. و فاضلی نیکر، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۷)، ۱۱۷-۱۳۷.
- سبحانی، ا.، باباخانی، ن. و آل بویه، م. ر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک کاهش درد، در زنان مبتلا به کمردردهای مزمن پس از زایمان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۵(۳)، ۲۶۶-۲۷۷.
- شجاعی زند، ن. و طیبی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر استرس ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان سینه. کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین در مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی، کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون، ایران.
- شریفی، و.، اسعدی، س. م.، محمدی، م. ر.، امینی، ه.، کاویانی، ح.، سمنانی، ی.، شعبانی، ا.، شهریور، ز.، داوری آشتیانی، ر.، حکیم شوشتری، م.، صدیق، ا. و جلالی رودسری، م. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (DSMIV SCDI). *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۲-۱)، ۱۰-۲۲.
- شیخ‌الاسلامی، ع. سیداسماعیلی قمی، ن. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری خاص. *مجله روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۴)، ۱۸۳-۱۹۶.
- شیرازی تهرانی، ع. ر. و قدم پور، ع. ا. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۶(۳)، ۳۵-۴۸.
- فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. ک. و استفان‌دابسون، ک. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۲): ۲۱۲-۳۲۶.
- گرمارودی، غ. ر.، مکارم، ج.، علوی، س. ش. و عباسی، ز. (۱۳۸۸). عادات پرخطر بهداشتی در دانش‌آموزان شهر تهران. *فصلنامه‌ی پیش*، ۹(۱)، ۲۹-۳۳.
- گودرزی، ا. ح.، گل محمدی، ع. ا.، بشیرگنبدی، س. و صمدی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افکار خودکشی و پرخاشگری در سربازان وظیفه. *مجله طب انتظامی*، ۷(۴)، ۱۴۷-۱۵۲.
- مهری نژاد، ا. و رمضان ساعتچی، ل. (۱۳۹۵). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، خشم و تنظیم هیجانی همسران جانباز. *مجله طب جانباز*، ۸(۳)، ۱۴۱-۱۴۸.
- Avenevoli, S., Swendsen, J.P., Burstein M. and Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey adolescent supplement: prevalence, correlates and treatment, *Journal American Academic Children Adolescent Psychiatry*, 1,54(1), 37-44.
- Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *The Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, 2n ed*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Breslin, F., Zack, M., & McMMain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical psychology: Science and Practice*, 9, 275-299.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-48.
- Chesin M, Interian A, Kline A, BenjaminPhillips C, Latorre M, & Stanley B. (2016). Reviewing Mindfulness-Based Interventions for Suicidal Behavior. *Arch Suicide Res*, 20(4), 507-27.
- Coffey, K. Hartman, M. & Fredrickson, B. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness*, 1(4), 235-253.
- Falkenstrom F. (2010). Studying mindfulness in experienced meditators: A quasi-experimental approach. *Ersonal Individual Differen*; 48(9),305-310.

- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1996) *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-1 clinician version*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Gao, J., Fan, J., Wai Yan Wu, B., Zhang, Z., Chang, C., Hung, Y-S., Fung, P. C. W., & Sik, H. (2016). Entrainment of chaotic activities in brain and heart during MBSR. *Mindfulness Training. Neuroscience Letters*, 61(6), 218-223.
- Heath NL, Carsley D, De Riggi ME, Mills D, & Mettler J. (2016). The Relationship between Mindfulness, Depressive Symptoms and Non-Suicidal Self-Injury amongst Adolescents. *Arch Suicide Res*, 20(4), 635-49.
- Lucas, M., Chocano-Bedoya, P., Schulze, M.B., Mirzaei, F., Oreilly E.J., Okereke, O.I., Hu, F.B., Willett, W.C. and Ascherio, A. (2014). Inflammatory dietary pattern and risk of depression among women. *Brain, Behavior, and Immunity*, 36, 46-53.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-50.
- Papageorgio, C. and Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory and treatment chichester*. 5th ed. UK: Wiley; 187-215.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D.J., Thapar, A.K. and Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243(15), 175-181.
- Russo, M., Mahon, K. and Burdick, K.E. (2015). Measuring cognitive function in MDD: emerging assessment tools. *Journal Depression and Anxiety*, 32(4), 262- 269.
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116-1119.
- Shapiro S. (2006). Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*, 62(3), 373-386.
- Shapiro S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Shorey RC, Elmquist J, Wolford-Clevenger C, Gawrysiak MJ, Anderson S, & Stuart GL. (2016). The Relationship between Dispositional Mindfulness, Borderline Personality Features and Suicidal Ideation in a Sample of Women in Residential Substance Use Treatment. *Psychiatry Res*, 238, 122-28.
- Simbar, M. (2014). *Adolescent Reproductive Health*. Tehran: Golban.
- Smischney, T.M., Chrisler, A., & Villarruel, F.A. (2014). *Risk Factors for Adolescent Suicide*. Research Brief prepared for the U.S. Department of Defense.
- Su-Jung, L., Bo-Jian, W., Tse-Tsung, L., Chao-Ping, C., & Jiin-Ru, R. (2018). Prevalence and characteristics of suicidal ideation among 2199 elderly.
- Verplanken, B., Friborg, O., Wang, C. E., Trafimow D., & Woolf, K. (2007). Mental habits: Metacognitive reflection on negative self-thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 526-541.
- Wang, Y., & Kong, F. (2014). The role of emotional intelligence in the impact of mindfulness on life satisfaction and mental distress. *Social Indicators Research*, 1(16), 843-852.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 201-210.
- Wittmann, M., Peter, J., Gutina, O., Otten, S., Kohles, N., & Meissner, K. (2014). Individual differences in self-attributed mindfulness levels are related to the experience of time and cognitive self-control. *Journal of Personality and Individual Differences*, 64, 41-45.



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی