

اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود افسردگی دانش آموزان دختر افسرده مراکز شبانه‌روزی اردبیل^۱

فربیا قضایی نیری^۲، مهدی برزگر^۳، قربان کیانی^۴، طاهر اصلانی^۵

چکیده

پژوهش حاضر به اثربخشی آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود افسردگی دانش آموزان دختر افسرده مراکز شبانه‌روزی اردبیل می‌پردازد. روش تحقیق در این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد، جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مراکز شبانه‌روزی شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ که تعداد آنان برابر با ۶۷۰ نفر بود. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای- تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد، بدین منظور از بین مناطق اردبیل، منطقه نیر و از بین مدارس شبانه‌روزی این منطقه دو مدرسه شبانه‌روزی بهار و زینبیه، به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از اجرای پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افکار خودآیند منفی و جمع‌آوری نمرات دانش آموزانی که نمره‌شان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، ۴۰ نفر از دانش آموز، به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر)، قرار گرفتند. آموزش ذهن آگاهی به صورت گروهی در ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه‌ی دو ساعته) بر روی گروه آزمایش انجام گردید ولی گروه کنترل هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که روش درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری (۰/۰۵) باعث کاهش افکار خودآیند منفی و افسردگی دانش آموزان شده است. بنابراین می‌توان با استفاده از روش آموزش شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی میزان افسردگی دانش آموزان، و افکار خودآیند منفی آنان را کاهش داد.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی، افکار خودآیند، افسردگی، دانش آموزان

^۱ تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۲۹

^۲ کارشناس ارشد مشاوره از دانشگاه آزاد ابهر fariba.niri@gmail.com

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد اردبیل

^۴ قربان کیانی دکتری روانشناسی تربیتی

^۵ طاهر اصلانی، کارشناس ارشد مشاوره

مقدمه

افسردگی اختلال عاطفی و تهدید جدی برای سلامتی است. خطر ابتلا به افسردگی در افسردگی در طول عمر برای زنان 10 تا 25 درصد و برای مردان 5 تا 12 درصد است. خودکشی خودکشی به عنوان یکی از عوارض افسردگی، یکی از دلایل عمده‌ای است که به مرگ می‌انجامد (انجمن روان پزشکی آمریکا، 1994). افسردگی اساساً یک اختلال بالینی عودکننده عودکننده است، به‌گونه‌ای که بیش از 80 درصد از افرادی که دوره‌ای از افسردگی را تجربه تجربه کرده‌اند به احتمال فراوان تجربه دوره‌های متعدد دیگری را نیز در طول دوره زندگی خواهند داشت (کومار، فلدمن و هایس^۱، ۲۰۰۵). برخی از علائم افسردگی عبارتند از: غمگینی و تشویش زیاد، احساس بی‌ارزشی و گناه، دوری گزیدن از دیگران، از دست دادن اشتها و میل جنسی، بی‌خوابی، از دست دادن علاقه و لذت از فعالیت‌های عادی روزمره (دیویسون^۲، کرگ، نیل، ۲۰۰۴). بسیاری از افراد به دلایل مختلف و با درجات و طول زمان متفاوت دچار افسردگی می‌شوند و شیوه‌های متفاوتی را جهت انطباق با افسردگی به کار می‌برند. در هر لحظه از زمان 4 تا 15 درصد افراد جامعه از نظر بالینی، معیارهای لازم جهت تشخیص افسردگی را دارا هستند. با وجود این، برخی از این افراد بدون هرگونه درمان به افسردگی خود فائق می‌آیند (جانگسما و پالچ^۳، 2000).

در طول دوره «افسردگی»، خلق منفی همراه با فکر، احساس رخوت و سستی بدنی مشاهده می‌شود. هنگامی که افسردگی بهبود پیدا می‌کند و خلق به حالت طبیعی برمی‌گردد، فکر منفی، احساس رخوت و سستی بدنی به ظاهر از بین می‌رود. هنگامی که خلق منفی به هر دلیلی دوباره ایجاد شود، می‌تواند آغازگر نشانه‌های افسردگی باشد. یعنی با ایجاد «خلق منفی» عادات قدیمی، افکار خودبخودی و نشخوارهای فکری دوباره شروع می‌شود و یک دوره کامل افسردگی ممکن است ایجاد گردد (سینز^۴، ۲۰۰۳).

1- Kumar, Feldman, & Hayes

2- Davison, Krieg, Neal

1- Jongsma & Palge

2- Saenz

طرحواره‌های شناختی و خطاهای فکری در تجربه‌های نامساعد دوران کودکی ریشه دارند و شکل‌گیری این طرحواره‌ها در دوران کودکی و به مرور زمان روی می‌دهد و غالباً این طرحواره‌ها پنهان باقی می‌مانند تا یک موقعیت تنیدگی زا به فعال شدن آنها بیانجامد- (بک، ۱۹۷۶). افزایش تفکر منفی به ویژه در ارتباط با خود و آینده یکی از نشانه‌های افسردگی است و با بهبود فرد، تفکر منفی کمتر بروز می‌کند. بسیاری از شناخت درمانگران بر این باورند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری به وسیله فرآیندهای شناختی ایجاد می‌شوند. از این رو افکار، باورها و سایر فرآیندهای شناختی تعیین کننده‌ی اصلی خلق و هیجان می‌باشند (آذرگون، کجیاف، ۱۳۸۹).

ارتباط میان خلق یعنی هیجانی نافذ که به طور ذهنی احساس شده و به وسیله شخص گزارش می‌شود و فرآیندهای شناختی یعنی فرآیندهای ذهنی ادراک، حافظه و خبرپردازی که شخص از طریق آنها اطلاعات را کسب می‌کند، نقشه می‌کشد و مسائل را حل می‌کند، از حدود سال ۱۹۵۰ در روان‌شناسی بالینی و اجتماعی و کمی بعد در روانشناسی شناختی مورد توجه قرار داشته است. در این میان افسردگی به عنوان یک تغییر شایع در خلق از توجه ویژه‌ای برخوردار بوده است و گزارش‌های گسترده‌ای از نقایص شناختی مرتبط با آن ارائه شده است (زحمتکش و زمانی، ۱۳۸۶). در واقع، عود خلق منفی، به هر دلیل، می‌تواند نشانه‌های افسردگی را در پی داشته باشد. بدان معنا که با ایجاد خلق منفی، عادات قدیمی (فکر منفی) دوباره شروع می‌شود و ممکن است ما شاهد یک دوره کامل افسردگی باشیم. با کشف ارتباط بین «خلق» و «افکار منفی» می‌توان به درمان افسردگی پرداخت و از بازگشت مجدد آن پیشگیری کرد (کاویانی، فروزان، بحیرایی، ۱۳۸۴). آگاهی فراشناختی به این اشاره دارد که میل‌ها، فکرهای منفی و احساس‌های دلهره‌آور حوادث و رویدادهای گذرای شناختی هستند، در مقابل آن چیزی که بازتاب حوادث عینی و موجه می‌باشد (کابات زین، ۲۰۰۲).

تیزدل، سگال، ویلیامز^۱ بر این باورند که تنها روش شناخت درمانی در سطح افکار منفی خودآیند و باورهای اساسی بیماران افسرده، برای درمان کافی به نظر نمی‌رسد. آنها رویکرد

1- Teasdale, Segal, Williams

جدیدی به منظور درمان، پیشگیری و جلوگیری از بازگشت افسردگی تبیین نموده اند که بر اساس آن بین شناخت، هیجان و ذهن ارتباط دیده شده و به نام رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ معروف گردیده است (تیزدل، سگال، ویلیامز، ۲۰۰۰). یکی از روشهای جدید که می تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله ای ذهن آگاهی^۲ است که از جمله شیوه های رویکرد شناختی و رفتاری تلقی می شود. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های شناختی - رفتاری نسل سوم یا موج سوم^۳ قلمداد می شود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئینهای مذهبی شرقی دارد (اوست^۴، ۲۰۰۸). ذهن آگاهی شامل توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف شده است (سگال، تیزدل، ویلیامز^۵، ۲۰۰۲). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می گیرد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است (سگال و همکاران، ۲۰۰۰). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان گروهی کوتاه مدتی است که تکنیک های ذهن آگاهی را با برخی از جنبه های درمان شناختی افسردگی ترکیب می کند. هر چند که هدف اولیه ای آن درمان افسردگی و پیشگیری از عود آن است (طالبی زاده، شاهمیر، جعفری فرد، ۱۳۹۱). تحقیقات نشان داده اند که مراقبه ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می دهد (زایدن، همکاران، ۲۰۱۰). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تأثیر دارد (بهلمیجر و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهشی، اسکلمن (۲۰۰۴)، ۲۳۱ دانشجوی دانشگاه پنسیلوانیا را به طور تصادفی به دو گروه ۱۰ نفری آزمایشی و کنترل تقسیم کرد و با هدف پیشگیری از اضطراب و افسردگی آنها را تحت آموزش MBCT قرار داد پس از

1- The approach of cognitive therapy is based on the knowledge of the mind

2- Mindfulness-based Interventions

3- Third Wave

4- Ost

5- Segal ,Teasdale, Williams

6- Bohlmeijer

یک دوره یکساله‌ی پیگیری، شرکت کنندگان در دوره آموزشی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری اضطراب و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد کمتری داشتند. درمان مبتنی بر ذهن-آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی منجر می‌شود (گلدین و گروس، ۲۰۱۰). با توجه به آنچه بیان شد، نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که خلاء پژوهش در مکان مدارس شبانه روزی اردبیل و اهمیت بررسی این موضوع می‌تواند در مراکز آموزشی و درمانی برای رفع مشکلات افراد افسرده که افکار خودآیند منفی نیز دارند کمک نماید. به طور کلی پژوهش حاضر بررسی می‌کند که آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود افسردگی موثر می‌باشد؟

روش

روش تحقیق در این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. که در آن آموزش شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بعنوان متغیر مستقل و افکار خودآیند منفی و افسردگی به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مراکز شبانه روزی شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ که تعداد آنان برابر با ۶۷۰ نفر بود. برای انتخاب نمونه در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای- تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد، بدین منظور از بین مدارس مناطق اردبیل، منطقه نیر و از بین مدارس شبانه روزی این منطقه دو مدرسه شبانه روزی بهار و زینبیه، به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از اجرای پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افکار خودآیند منفی و جمع آوری نمرات دانش آموزانی که نمره شان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود تعداد ۴۰ نفر از دانش آموز، به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر)، قرار گرفتند. ملاک شرکت در پژوهش نمره بالاتر از ۱۴ در پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II)، تحصیل در مراکز شبانه روزی و بیتوته در خوابگاه این مراکز و عدم ۲ جلسه غیبت از جلسات بود. ابتدا پرسشنامه‌ها برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس برای

گروه آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا گردید. طول هر جلسه ۲ ساعت و تواتر آن هفته‌ای یک بار بود. لازم به ذکر است به دلیل سکونت دانش‌آموزان در یک خوابگاه و برای جلوگیری از انتشار مطالب آموخته شده توسط گروه آزمایش، گروه کنترل از مدرسه شبانه‌روزی دیگری انتخاب شد، تا نتیجه پژوهش مورد تردید قرار نگیرد. همچنین پس‌آزمون نیز به فاصله یک هفته پس از اجرای آخرین جلسه مداخله برای دو گروه به عمل آمد.

ابزار

الف: سیاهه ی افسردگی بک-۲ (BDI-II): این پرسشنامه نوع بازنگری شده BDI است و با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) منطبق شده است. همانند BDI-II, BDI ۲۱ سوال دارد هر سوال بر اساس درجه بندی ۴ نمره‌ای به شیوه‌ی (لیکرتی = 0 من احساس غمگینی می‌کنم) تا (3 من آنقدر احساس غمگینی می‌کنم که نمی‌توانم سر پا بایستم) نمره گذاری می‌شود نقاط برش^۲ در BDI-II با I - BDI متفاوت می‌باشد: ۰ تا ۱۳ = افسردگی جزئی^۳؛ ۱۴ تا ۱۹ = افسردگی خفیف^۴؛ ۲۰ تا ۲۸ = افسردگی متوسط^۵؛ و ۲۹ تا ۶۳ = افسردگی شدید^۶. نمره‌های بالاتر نشان دهنده افسردگی شدیدتر هستند. BDI-II با مقیاس افسردگی همیلتون^۷ (HRSD) همبستگی ۰/۷۱+ دارد و پایایی^۸ بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ است. همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ است (بک، استیر^۹، براون، ۱۹۶۶). در ایران مطالعه‌ای بر روی ۱۲۵ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران و

- 1- Beck Depression Inventory-II
- 2- Cut-off Points
- 3- Minimal Depression
- 4- Mild Depression
- 5- Moderate Depression
- 6- Severe
- 7- Hamilton Rating Scale for Depression
- 8- Reliability
- 9- Steer

علامه طباطبایی به منظور تعیین پایایی و اعتبار BDI-II صورت گرفت که بر این اساس نمره کل با میانگین ۹/۷۹ و انحراف استاندارد ۷/۹۶، آلفای کرونباخ به میزان ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۷۳ به دست آمد (سلیمانی، محمدخانی، دولت‌شاهی، ۱۳۸۷).

ب: مقیاس افکار خودآیند منفی^۱ (ATQ): این پرسشنامه برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودکار در مورد خود به کار می‌رود که به وسیله کندال و هولون به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است. این اظهار نظرهای منفی ناآشکار نقش مهمی در ایجاد، تدوام و درمان آسیبهای روانشناختی مختلف از جمله افسردگی ایفا می‌کند. این پرسشنامه به خصوص از این جهت ارزشمند است که برای سنجش تغییر شناخت‌های مربوط به مداخلات بالینی و همینطور به منظور ارزیابی شناختی «خود/فشایی» در افسردگی ساخته شده است. این پرسش نامه روی نمونه‌ای مرکب از ۳۱۲ دانشجوی دانشگاه، هنجار شده است. میانگین سنی این نمونه ۲۰-۲۲ سال انحراف معیار ۴/۳۴ سال بوده است. این نمونه از آزمودنیها به صورت افسرده یا غیرافسرده براساس نمرات «سیاهه افسردگی بک» و MMPI طبقه‌بندی شده بودند. نمره میانگین «پرسشنامه افکار خودآیند» در نمونه افسردگی ۷۹/۶۴ با انحراف معیار ۲۲/۲۹ بود. نمره میانگین در نمونه غیر افسرده ۴۸/۵۷ با انحراف معیار ۱۰/۸۹ بود. اعتبار این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای ۰/۹۷ برخوردار است. روایی ۳۰ سوال آن از یک سری صد سؤالی انتخاب شده است که همگی به خوبی آزمودنی‌های افسرده را از غیر افسرده جدا می‌کند (جواهری، ۱۳۸۳) به منظور ارزیابی مجدد اعتبار پرسشنامه توسط پژوهشگر روی 60 دانشجوی دانشگاه اصفهان در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد با میانگین سنی 23 سال انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

ج: جلسات آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جدول جلسات آموزشی ذهن آگاهی

تمرین‌های برنامه هشت هفته‌ای ذهن آگاهی	
تمرین‌های روزانه	هفته
خوردن کشمش با ذهن آگاهی: طعم عالی ناشی از آگاهی	اول
تمرین واریسی بدنی	دوم
تمرین مکث سه دقیقه‌ای یوگای آگاهانه به صورت ایستاده	سوم
ذهن آگاهی به یوگای ایستاده، ذهن آگاهی به تنفس و ذهن آگاهی به بدن مکث سه دقیقه‌ای	چهارم
ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن مکث سه دقیقه‌ای	پنجم
ذهن آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن	ششم
تمرین تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات بدن با چشمان بسته	هفتم
تمرین تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات بدن با چشمان بسته	هشتم

یافته‌ها

در این پژوهش آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند. نتایج نشان داد آموزش شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش میزان افکار خودآیند منفی و کاهش میزان افسردگی موثر می‌باشد.

جدول ۱: شاخص های آمار توصیفی گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

		پس آزمون		پیش آزمون					
گروه ها	متغیر ها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر ها	گروه ها
آزمای ش	افکار خودآیند	۴۹	۱۷/۶۵	۹۳	۱۵/۱۳	۴۹	۷۰/۷۰	افکار خودآیند	آزمای ش
	افسردگی	۴۹	۸/۱۶	۱۴	۸/۷۱	۲۷/۹۵	افسردگی		
کنترل	افکار خودآیند	۷۰/۵۵	۱۸/۵۸	۱۱۵	۱۶/۲۲	۵۳	۷۷/۷۵	افکار خودآیند	کنترل
	افسردگی	۲۰/۷۵	۷/۷۷	۴۱	۷/۹۷	۱۵	۲۲/۷۵	افسردگی	
		۳۰	۱۰۶	۳۰	۲۵	۱۱۶	۳۹		

با توجه به نمره میانگین و میانگین تعدیل شده از تاثیر نمره های کرانه ای و نبودن تاثیر زیاد نمره های کرانه ای بر میانگین در تمام جداول فوق می توان نرمال بودن توزیع داده ها را احتمال داد.

جدول ۲: تحلیل کوواریانس تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر میزان نمرات افکار خودآیند

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۳۹۱۳/۷۰۹	۱	۳۹۱۳/۷۰۹	۱۶/۴۱۵	۰/۰۰۰	۰/۳۳۹
گروه	۲۴/۶۵۳	۱	۲۴/۶۵۳	۰/۱۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳
گروه × پیش آزمون	۱۷/۷۵۹	۱	۱۷/۷۵۹	۰/۰۷۴	۰/۷۸۷	۰/۰۰۲
خطا	۷۶۲۹/۴۸۸	۳۲	۲۳۸/۴۲۲			
کل	۱۶۰۰/۰۰۰	۴۰				
	۵۱					

نتایج جدول ۲ نشان می دهد F بدست آمده برای اثر مداخله برابر با (۰/۱۰۳) می باشد که از لحاظ آماری در سطح (۰/۰۵) معنی دار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت از لحاظ کاهش افکار خودآیند منفی، تفاوت معنی داری در پس آزمون بین گروه آزمایش با کنترل وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود مبنی بر اینکه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش افکار خودآیند منفی می شود.

بحث و نتیجه گیری

در تبیین یافته های این پژوهش می توان اظهار داشت که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی موثر بوده است. پژوهش حاضر کوشید تا در چهارچوب یک روش شناسی معتبر، چند فرضیه مربوط به تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی، و افکار خودآیند منفی و همچنین پیشگیری از بروز آنها را بیازماید. نتایج این پژوهش نشان می دهد که جلسات هشتگانه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است به طور قابل توجهی از میزان افسردگی و اضطراب شرکت کنندگان در دوره درمانی بکاهد، به گونه ای که این کاهش، پس از پایان درمان، قابل مشاهده است. همگام با کاهش افسردگی و اضطراب، شدت و فراوانی افکار خودآیند و نگرش ناکارآمد نیز کاهش یافته است. در مطالعه حاضر، نتایج مربوط به افکار خودآیند در گروه آزمایشی با یافته های تحقیق اسکلمن^۱ (۲۰۰۴) و همچنین یافته های کارلسون^۲، اورسالیاک^۳، گودی^۴، اسپکا^۵ (۲۰۰۱) همخوانی دارد.

مهمترین تأثیر ذهن آگاهی، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش تجربه ای استرس است، این پژوهش با یافته های گلدین و گروس همسو است. مراقبه ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می دهد، نتایج این

1 - Schulman

2 - Carlson

3 - Ursuliak

4 - Goodey

5 - Speca

پژوهش با یافته‌های زایدن و همکاران مطابقت دارد. در اصل، فرض این است که آسیب پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد. نتایج بدست آمده در این پژوهش با یافته‌های سگال و همکاران همسویی دارد. بر اساس این فرض، کسانی که در گذشته افسرده بوده‌اند، به لحاظ الگوی تفکر از کسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند، متفاوت هستند. به این ترتیب، با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق و در نتیجه بازفعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از افسردگی شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. به نظر می‌رسد تمرینهای MBCT با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر (مثلاً از طریق تمرکز بر تنفس) و برگرداندن توجه به زمان حاضر، بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات اثر می‌گذارد. آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تأثیر دارد نتایج این پژوهش با یافته‌های بهلمیجر و همکاران همسو می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم بررسی اثر جنس، سن و تحصیلات به دلیل تعداد کم افراد نمونه می‌باشد که بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده اثر این متغیرها را در پژوهشهای آتی لحاظ نمایند. روشن است که این بررسی مقطعی بوده و یافته‌های به دست آمده تنها نمایانگر معنی دار بودن آن در میان گروه نمونه مورد نظر قابل بررسی است، اثبات ارتباط علت و معلولی نیازمند انجام بررسی‌های طولی و کنترل شده می‌باشد. نداشتن دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است که پیشنهاد می‌گردد برای بررسی میزان پایداری اثربخشی درمان تا چند ماه پس از اتمام جلسات درمانی، آزمون پیگیری نتایج نیز به عمل آید.

پیشنهاد کاربردی: با توجه به نتیجه تحقیق حاضر پیشنهاد می‌شود برای کاهش

افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد و برای کاهش افسردگی و اضطراب از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده شود. با توجه به شرایط خاص مدارس شبانه‌روزی که دانش‌آموزان ساکن در خوابگاه‌ها به دلیل دوری از خانواده و مشکلات سازگاری با سایر افراد دچار مشکلات درون

فردی و بین فردی می باشند، اجرای برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به کاهش مشکلات روان شناختی (افسردگی، نشخوار های فکری منفی و ...) کمک کند و با توجه به اثرگذاری این آموزش بر بهبود بهداشت روانی آنها می توان این روش را جهت ارتقای بهداشت روان دانش آموزان و دانشجویان سایر مراکز آموزشی که در خوابگاه به صورت شبانه روزی سکونت دارند به شکل مستمر و مداوم به کار گرفت.

پیشنهاد پژوهشی: پیشنهاد می شود شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کلینیک ها، در درمان چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی به ویژه در مورد بیماران افسرده که افکار خودآیند و ناکارآمد منفی دارند توسط درمانگران مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی جلسه ی پیگیری چند ماهه و حتی چند ساله صورت گیرد و از هر دو جنس (مرد و زن) استفاده شود تا قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد. همچنین در تحقیقات آتی با تعداد نمونه بیشتری اثربخشی و تأثیر رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام شود و نیز اثر بخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سایر اختلالات روانی نظیر اختلالات اضطرابی، خوردن، و وسواس فکری و عملی و ... نیز بررسی گردد. همچنین از سایر شیوه های درمانی و آموزشی جهت ارتقاء سطح سلامت روانی دانش آموزان ساکن در مراکز شبانه روزی استفاده شود.

منابع و ماخذ

- آذرگون، حسن و کجباف، محمدباقر (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. مجله روانشناسی، ۱۴ (۱): ۷۹-۹۴.
- جواهری، فروزان (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در پیشگیری از افسردگی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه اصفهان در پاییز و زمستان ۱۳۸۳. پایان نامه کارشناسی ارشد گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- زحمتکش، وجیهه و زمانی، رضا (۱۳۸۶). رابطه افکار مثبت و منفی اتوماتیک با افسردگی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۳۷ (۳): ۲۱-۴۰.

- سلیمانی، مهدی؛ محمدخانی، پروانه و دولت شاهی، بهروز. (۱۳۸۷). تاثیر روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسناد و نگرش های ناکارآمد. مجله پژوهش های روان شناختی، ۱۱ (۱ و ۲): ۴۱-۶۵.
- طالبی زاده، مقداد؛ شاهمیر، المیرا و جعفری فرد، سلیمان (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شنیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله اندیشه و رفتار، ۷ (۲۶): ۱۷-۲۶.
- طهرانی زاده، مریم؛ رسول زاده، کاظم و آزاد فلاح، پرویز (۱۳۸۴). بررسی مقایسه‌ای نگرش‌های ناکارآمد در دختران فراری و عادی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۵ (۱۹): ۲۰۵-۲۲۴.
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان و بحیرایی، هادی (۱۳۸۴). اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی واضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. تازه های علوم شناختی، ۷ (۱): ۴۴-۸۲.
- An American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4 edition)*. Washington, D. C.
- Beck, A.T. 1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, New York, International University Press.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Tail, E. & Cuijpers, P. (2010). *The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis*. J Psychosomatic Res, 68 (4): 539-544.
- Brown, K.W. & Ryan, R. M. (2003). *The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being*. J Peers Psycho, 84 (4): 822-848.
- Carlson, L. E.; Ursuliak, Z.; Goodey, E.; Angen, M. & Specia, M. (2001). *The effects of a Mindfulness meditation – based stress reduction program on mood and Symptoms of stress in cancer outpatients:6-month follow-up*. Supportive Care in Cancer, 9 (2): 112-23.
- Davison, G. C.; Krieg, A. M. & Neal, I. M. (2004). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley & Son.

- Golden, P. R & Gross, J. J. (2010). *Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder*. *Emotion*, 10 (5): 83-91.
- Kabat, Zinn. J. (2002). *Mindfulness- Based Interventions In Context: Past, Present, and Future*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2): 144 -156.
- Kumar, S. M.; Feldman, G. C. & Hayes, A. M. (2005). *Change in mindfulness and emotional regulation in an integrative therapy for depression*, Manuscript.
- Jongsma, A. E. & Palge, K. (2000). *The complete about psychotherapy treatment planner*. John Wiley & Sons- INC. JMG. *How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attention Control (Mindfulness) Training Help?* *Behavior Research and Therapy*, 33 (8): 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Souls by, J. M. & Lau, M. A. (2000). *Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6): 615-623.
- Segal, Z.V, Teasdale, J.D. & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness based Cognitive Therapy reduces over general autobiographical memory in for merely depressed patients*. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (7): 150-155.
- Segal, Z. V., Teasdale, J.D. & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness based Cognitive Therapy for depression: A new approach to Preventing relapse*. New York: The Guilford press.
- Schulman, P. (2004). *Depression Prevention in adults*. Schulman@ psych upenn. Edu.
- Ost, L. G. (2008). *Efficacy of the third wave of Behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis*. *Behavior Research and Therapy*, 49 (4): 296-321.
- Zaiden, F., Johnson, S. K, Diamond, B. J, David, Z. & Goolkasian, P. (2010). *Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training*. *Conscious Cogn*, 19 (1): 597- 6