

بررسی اثربخشی مراقبه متعالی (مدیتیشن) بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان دانشجو بررسی

افسانه کریمی¹، سید عبدالمجید بحرینیان²، باقر غباری بناب³

تاریخ وصول: 91/4/14 تاریخ پذیرش: 91/10/5

چکیده

زمینه: افسردگی و اضطراب از رایج ترین بیماری های روانی قرن بیست و یکم است و باعث مراجعه افرادی از جمله زنان به متخصصان بهداشت روان می گردد. مدیتیشن به عنوان یکی از درمان های پیشرفته امروزی به شمار می رود که مورد استفاده روان درمانگران و پزشکان است.

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله به روش مدیتیشن در کاهش افسردگی و اضطراب زنان دانشجو است. روش: در این مطالعه 100 نفر از زنان رده سنی 18 تا 48 ساله به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند (50 نفر گروه آزمایش و 50 نفر گروه کنترل). ابزار مورد استفاده در این

1. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند email: a.karimi_t@yahoo.com

2. گروه روان شناسی بالینی، دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

majid.bahrainian@gmail.com

3- گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه تهران email: bghobari@ut.ac.ir

پژوهش پرسشنامه اضطراب زونگ و پرسشنامه افسردگی بک بود که بصورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مدیتیشن بردرمان و کاهش اضطراب و افسردگی زنان دانشجویان تأثیر معناداری دارد ($p < 0/001$) و بین زنانی که مدیتیشن انجام دادند با زنانی که مدیتیشن انجام ندادند از نظر میزان افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: مدیتیشن روشی مفید در درمان اضطراب و افسردگی زنان است. بنابراین، مفید است که این مداخله به عنوان یک دوره درمانی منسجم در کلینیک‌ها و مراکز درمانی توسط روان‌درمانگران به عنوان یک شیوه اثر بخش به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: مدیتیشن (T.M)، افسردگی، اضطراب، زنان دانشجویان.

مقدمه

همه مردم، در مقطعی از زندگی خود، احساس افسردگی می‌کنند و معمولاً می‌توانند علت این دوره‌های افسردگی را به رویدادهایی مشخص ربط دهند. در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد خاص اهمیت ویژه دارند: "فقدان و شکست". تجربه‌هایی مثل ازدست دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می‌توانند آغاز دوره‌ای از غم، خمودگی و تکرار دائمی افکار را موجب شوند. همچنین شکست‌ها، مثل شکست در امتحان یا عدم موفقیت در قانع کردن فرد مورد علاقه برای ازدواج نیز می‌توانند به نومی‌دی و ایجاد ادراک‌های منفی، در رابطه با بدبینی و خود تردیدی، منجر شود. اکثر مردم ممکن است این احساس‌های منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی خود بازگردند. اما برای بعضی مردم، عارضه‌های افسردگی به مدت طولانی باقی می‌مانند و در همه جوانب زندگی آنها نفوذ می‌کنند. این عارضه‌ها در جنبه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی و فیزیکی افراد تأثیر می‌گذارند و این تأثیر ممکن است ایجاد افسردگی بالینی را موجب شود. افسردگی بالینی یعنی افسردگی مرضی و قابل تشخیص با

معیارهای رسمی DSM-IV-TR. افسردگی بالینی باعث می شود که فرد نتواند کارهای عادی زندگی روزمره خود را انجام دهد. گاهی افسردگی بدون حضور رویدادهای منفی، مثل ازدست دادن ها یا شکست ها، روی می دهد و گاهی نیز خیلی بیشتر از آنچه انتظار می رود طول می کشد. همه ما در بسیاری از موقعیت های زندگی به طور طبیعی احساس اضطراب می کنیم. مثلاً درست پیش از امتحان مهم، سخنرانی در جمع دانشگاهیان یا همکاران، در مصاحبه، یا در اولین قرار ملاقات. اکثر واکنش های اضطرابی کاملاً طبیعی و به صورت واکنش های انطباقی است که به ما کمک می کنند تا در شرایط دشواری که برایمان پیش می آید، صحیح عمل کنیم. اما گاهی اضطراب آنقدر شدید یا آنقدر با رویدادها و موقعیت های نامناسب همراه می شود که برای فرد مشکل ساز و ناسازگارانه جلوه می کند. اینجاست که احتمالاً اختلالات اضطرابی ایجاد می شود. اختلالات اضطرابی عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که خصوصیات اصلی آن عبارت است از ترس، شک و نگرانی مفرط (دی وی، 2008).

افسردگی و اضطراب از رایج ترین بیماریهای روانی قرن بیست و یکم است و باعث مراجعه افراد زیادی از جمله زنان به متخصصان بهداشت روان می گردد. مدیتیشن به عنوان یکی از درمان های پیشرفته امروزی به شمار می رود که مورد استفاده روان درمانگران و پزشکان است و تحت عنوان "پزشکی بدن و ذهن"¹ طبقه بندی می گردد.

یکی از تکنیک های مورد استفاده برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی که از لحاظ کارایی و موفقیت تحقیقات زیادی در زمینه آن انجام شده که همگی حاکی از تأثیر مفید این تکنیک است، انجام مدیتیشن یا مراقبه درمانی است (برنارد و همکاران، 2007؛ پاول و همکاران، 2007).

مدیتیشن ترکیبی ازدوسیستم شفا بخشی قدرتمند است که عبارت است از مراقبه متفکرانه¹ با روان درمانی مدرن. مدیتیشن روش درمانی نسبتاً جدیدی است که از ترکیب روش های کهن مراقبه و روش های جدید تشکیل شده است. این روش، شناختی متفاوت از نگرش های معمولی را به افراد می آموزد. این نگرش جدید می تواند افق های درمانی جدید را در ذهن مددجو و درمانگر ایجاد نماید.

مراقبه درمانی² یک شیوه درمانی درون گرا است که باعث می شود تغییر حالت هوشیاری و طبیعی بهتر صورت گیرد و منبع درونی مددجو، یک فرایند یکپارچه و شفابخشی را طی کند. فرایند منبع درونی یعنی کل نگری و با کلیت شخص یعنی ذهن، بدن و روح سروکار دارد. طی اعصار گذشته به این "منبع درونی"³ "منبع شفابخشی و طبیعی که درون هر شخص وجود دارد" نام های زیادی داده شده است که هر کدام از آنها سیستم درمانی و دیدگاه متفاوتی را نشان می دهند. بعضی از این اسامی حالت معنوی بیشتری دارند که عبارتند از: وجود برتر، گهگاه از عبارات توصیفی روان پویشی مثل ابرهوشیار⁴ و ناهشیار جمعی⁵ نیز استفاده می شود. زیست شناسان اجتماعی و سایر دانشمندان از کلماتی شبیه دانش بیولوژیکی یا سیستم پردازش اطلاعات استفاده می کنند. می توانیم از طریق مدیتیشن یا مراقبه درمانی به این منبع درونی دست پیدا کنیم و از این طریق باعث تسریع شفا بخشی به صورت کل نگر شویم. منبع درونی از روش های یکپارچه کننده مثل حساسیت زدایی⁶، غرقه سازی⁷، رویارویی⁸، بینش⁹ و تشبیه¹⁰ استفاده می کند. توضیح هولوگرافیک¹¹ عملکرد مغز، زمینه را برای درک فرایند

1. mindfulness meditation
2. meditation therapy
3. inner source
4. superconscious
5. collective unconscious
6. desensitization
7. Flooding
8. confrontation
9. insight
10. simile
11. holographic

منبع درونی فراهم می‌سازد. مدیتیشن می‌تواند برای مدت زمان محدودی، نیازهای مراقبت نظارت شده را برآورده سازد (امانس، ترجمه آرام، 1388). تأثیرات مدیتیشن عمیق و سریع می‌باشد. با استفاده از آن طول جلسات درمانی کاهش می‌یابد و مددجو سریع ترمی تواند تعادل روانی و ذهنی خود را بیابد (لی و همکاران، 2007). جذابیت مراقبه متعالی¹ یا (T. M) نسبت به سایر انواع مدیتیشن در علمی بودن و سادگی آن و بالاخره در این حقیقت است که برخلاف سایر انواع مدیتیشن، از انسان خواسته نمی‌شود شیوه زندگی و اعتقادی خود را عوض کند بلکه اعتقادات مذهبی و معنوی فرد به هر آئین و مسلکی که به آن تعلق دارد، آن باورها و گرایش‌ها محکم تر و قوی تر می‌شوند. در T. M شخص روزانه چهل دقیقه، در دو نوبت و هر نوبت به مدت بیست دقیقه به انجام تمرینات مراقبه متعالی می‌پردازد (هویت، ترجمه شادان، 1389).

از نکات مهمی که در استفاده از این تکنیک درمانی باید مورد توجه قرار گیرد نقش مهم درمانگر است. این تکنیک تنها باید توسط درمانگران شایسته و دارای مجوز در زمینه فعالیت درمانی و سلامت ذهنی، مورد استفاده قرار بگیرد و به عنوان بخشی از طرح درمانی فراگیر و یکپارچه در نظر گرفته شود. نقش درمانگر عبارت است از انتخاب مددجویان و آموزش صحیح به آنها در ارتباط با مراقبه درمانی، واداشتن مددجویان به توصیف مداوم، ردیابی و ثبت جلسه، برطرف ساختن ترس و مقاومت، اطمینان از خاتمه جلسه، پرسش در مورد جلسه، دادن تکلیف منزل، در دسترس بودن در میان جلسات و ارزیابی وضعیت مددجویان و پیگیری آنها (امانس، ترجمه آرام، 1388).

با وجود اهمیت اساسی درمان‌هایی که در درمان اختلالات روانشناختی بامعنویت ارتباط تنگاتنگی دارند، از جمله مراقبه درمانی، تاکنون تحقیقی که مستقیماً اثرات این تکنیک را بر کاهش و درمان افسردگی و اضطراب زنان مورد بررسی قرار دهد در کشورمان انجام نشده است. این موضوع با توجه به بافتار فرهنگی، مذهبی و معنوی قوی در ایران و اینکه نیمی از جمعیت کشورمان را زنان تشکیل می‌دهند که تعداد زیادی از آنان به تحصیل اشتغال دارند و

1. transcendental meditation (T. M)

گروه زیادی از دانشجویان کشورمان را زنان تشکیل می‌دهند، اهمیت به سزایی دارد. چرا که در درمان‌های روانشناختی بایستی به بافتار فرهنگی جامعه نیز توجه فراوان داشت. چهار عقیده است که باید در مراقبه درمانی توجه ویژه به آن شود: وحدانیت خدا، تجربه درونی وحدانیت، نمادگرایی نور و تجلی روشنگری. این چهار مفهوم، مفاهیمی غریبه و ناآشنا برای روانشناسی نمی‌باشند: یونگ، فرام، مازلو، کلبرگ و ویلبر این عقاید را تأیید می‌کنند. این مفاهیم معنوی را نیز می‌توان از چشم انداز روانشناسی بررسی و بیان کرد (همان منبع).

مراقبه درمانی نیز به عنوان یک روش روان‌درمانی که با معنویت ارتباط تنگاتنگی دارد و از سوی دیگر، اضطراب و افسردگی رایج‌ترین اختلالات روانشناختی به خصوص در زنان هستند و زمینه ساز و عامل بسیاری دیگری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های روان‌تنی در این افرادی شوند. زن‌ها خیلی بیشتر از مردها دچار افسردگی می‌شوند. علت آن روشن نیست، اما به نظر بسیاری از متخصصان، عوامل فرهنگی و به ویژه محرومیت‌ها و محدودیت‌های اجتماعی زیاد در مورد زنان، یکی از علل اساسی است (شاملو، 1389).

بنابر این، می‌توان با استفاده از تکنیک‌های مناسب و مفید که یکی از علمی‌ترین آنها مدیتیشن است به ارتقاء بهزیستی روانی و بهبود سطح کیفی زندگی زنان دست یافت و اینکه بدون استفاده از داروهای آرام‌بخش و ضد افسردگی و اضطراب که ممکن است کارآیی کوتاه مدت و یا بلند مدت در درمان این مشکلات داشته باشند ولی عوارض جانبی و پیامدهای منفی دیگری را در بدن ایجاد می‌کنند و بعلاوه هزینه‌های زیادی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کنند، بتوان به کنترل، کاهش و درمان افسردگی و اضطراب دست یافت. ولی اولین گام برای استفاده از این تکنیک در مراکز آموزشی و درمانی، بررسی اثربخشی این روش می‌باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر تکنیک مدیتیشن (T. M) بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان دانشجویان انجام شده است.

کنندگان تقاضا شد در جلسه‌ای حضور یابند و به صورت گروهی پرسشنامه پس آزمون را تکمیل کنند. برای ارزیابی افسردگی از آزمون افسردگی بک استفاده شد. این آزمون حاوی 21 پرسش خودسنجی است که هر یک شامل چهار جمله توصیف کننده سطوح شدت افسردگی است و نمره کلی آزمون بین صفر تا 63 است، و افسردگی بر اساس نمره آزمون به درجات ناچیز، خفیف، متوسط و شدید تقسیم بندی می شود. این ابزار به دلیل خودگزارشی بودن برای غربالگری افسردگی اساسی در بیماران طبی مناسب است و از حساسیت و اعتبار مطلوبی برخوردار است (سادوک و سادوک، 2007؛ بک، 1967).

برای ارزیابی اضطراب، آزمون خودسنجی اضطراب زونگ به کار گرفته شد که آزمونی 20 سؤالی است و هر سؤال از یک تا چهار نمره دارد و ظرف 5 تا 10 دقیقه قابل تکمیل است و حساسیت و اعتبار بالایی دارد (کارل، 1988؛ فانتونالسکی و همکاران، 2001). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ با مقیاس هامیلتون همبستگی بالایی دارد ($r=0/75$). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/84 گزارش شده است که نشانگر ثبات درونی آن است. این آزمون با پرسشنامه حالت اضطراب زونگ نیز همبستگی داشته است ($r=0/66$). وقتی که نمونه تنها به بیمارانی که تشخیص اختلال اضطراب داشته‌اند محدود شده، میزان این همبستگی نیز افزایش یافته است.

برای بررسی داده‌های این پژوهش، ابتدا از شاخص‌های آماری (آماره‌ها) توصیفی استفاده شد. برای تعیین اینکه داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند یا خیر، از آزمون اسمیرنف کولموگروف استفاده شد که نتیجه آزمون مذکور نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. لذا برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. سپس برای بررسی فرضیه‌های پژوهشگر (H_A) در برابر فرضیه‌های صفر (H_0) با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح دو گروهی پیش آزمون و پس آزمون استفاده شده است، از روش تحلیل کواریانس استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

جدول 1: مقایسه میانگین نمره افسردگی و اضطراب قبل از مدیتیشن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
افسردگی	آزمایش	28/52	4/98	t=1/01 df=98
	کنترل	27/56	4/53	p=0/32
اضطراب	آزمایش	48/40	2/70	t=1/09 df=98
	کنترل	48/98	2/64	p=0/28

همانطور که جدول فوق نشان می‌دهد میانگین نمره افسردگی و اضطراب قبل از مدیتیشن در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری نداشت. ($p > 0/05$)

جدول 2: مقایسه میانگین نمره افسردگی بعد از مدیتیشن در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از تعدیل نمره

افسردگی			
گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	50	20/00	4/99
کنترل	50	28/04	4/69
جمع کل	100	24/02	6/29

میانگین نمره افسردگی بعد از مدیتیشن در افراد گروه آزمایش ($20/00 \pm 4/99$) نسبت به افراد گروه کنترل ($28/04 \pm 4/69$) کمتر بود.

جدول 3: نتیجه آزمون کوواریانس مقایسه میانگین نمره افسردگی بعد از مدیتیشن در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از تعدیل نمره افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنا داری
نمره افسردگی قبل از مدیتیشن	1766/88	1	1766/88	323/96	p<0/001
گروه	1958/28	1	1958/28	359/05	p<0/001

نتیجه آزمون کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمره افسردگی بعد از مدیتیشن در دو گروه آزمایش و کنترل مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود دارد. (p<0/001) همچنین میانگین نمره افسردگی قبل از مدیتیشن در دو گروه تفاوت معنی داری داشت. لذا برای تعدیل، متوسط نمره افسردگی قبل از مدیتیشن برای هر دو گروه 28/04 در نظر گرفته شد.

جدول 4: مقایسه میانگین نمره افسردگی بعد از مدیتیشن در افراد دو گروه مورد مطالعه بعد از تعدیل بر اساس نمره افسردگی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	50	19/57	0/33
کنترل	50	28/47	0/33

میانگین نمره افسردگی بعد از مدیتیشن و بعد از تعدیل در افراد گروه آزمایش (19/57±0/33) نسبت به افراد گروه کنترل (28/47±0/33) به طور معنی داری کمتر بود. (p<0/001)

جدول 5: مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از مدیتیشن در افراد دو گروه مورد مطالعه قبل از تعدیل بر اساس

نمره اضطراب			
گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	50	38/90	4/24
کنترل	50	49/28	2/44
جمع کل	100	44/09	6/25

میانگین نمره افسردگی بعد از مدیتیشن در افراد گروه آزمایش ($38/90 \pm 4/24$) نسبت به افراد گروه کنترل ($49/28 \pm 2/44$) کمتر بود.

جدول 6: نتیجه آزمون کوواریانس مربوط به مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از مدیتیشن در دو گروه قبل

از تعدیل بر اساس نمره اضطراب					
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
نمره اضطراب قبل از مدیتیشن	593/72	1	593/72	99/49	$p < 0/001$
گروه	2394/06	1	2394/06	401/17	$p < 0/001$

نتیجه آزمون کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمره اضطراب بعد از مدیتیشن در دو گروه آزمایش و کنترل مورد مطالعه تفاوت معنا داری وجود دارد. ($p < 0/001$) همچنین میانگین نمره اضطراب قبل از مدیتیشن در دو گروه تفاوت معنی داری داشت. لذا برای تعدیل، متوسط نمره اضطراب قبل از مدیتیشن برای هر دو گروه 48/69 در نظر گرفته شد.

جدول 7: مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از مدیتیشن در دو گروه مورد مطالعه بعد از تعدیل بر اساس نمره

اضطراب			
گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	50	39/17	0/35
کنترل	50	49/01	0/35

میانگین نمره اضطراب بعد از مدیتیشن و بعد از تعدیل در افراد گروه آزمایش (39/17±0/35) نسبت به افراد گروه کنترل (49/01±0/35) به طور معنا داری کمتر بود. (p<0/001)

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون متغیرهای افسردگی و اضطراب، دارای میانگین کمتری هستند. بدین معنا که روش مدیتیشن در کاهش افسردگی و اضطراب زنانی که تمرینات مدیتیشن (T. M) انجام دادند مؤثر بوده، و (p<0/001) است. همچنین یافته های این پژوهش مشخص کرد که سن زنان شرکت کننده در مطالعه حاضر، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل آنان، در اثربخشی تکنیک مدیتیشن در کاهش افسردگی و اضطراب این زنان، تأثیر معناداری نداشته است.

یافته های این مطالعه با یافته های پژوهش پاهولپک و همکاران (2012) که تأثیر مدیتیشن بر کاهش مشکلات روانی و بهبود عملکرد حافظه و هوش و پیشرفت تحصیلی دانشجویان به اثبات رسانیده اند، کمپر و همکاران (2010) که سودمندی این روش را در کاهش استرس و رشد معنویت تأیید کرده اند، بای و چانگ (2006)، روزنزیوگ و همکاران (2003) که مدیتیشن را بر ارتقاء سلامت روانی دانشجویان مفید دانسته اند، بدود و مورفی (2004) و برنارد و همکاران (2007)، سودمندی این تکنیک را بر کاهش و کنترل اضطراب و افسردگی، تأیید نموده اند همسو و هماهنگ است. این پژوهشگران در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که مداخله به شیوه مدیتیشن در کاهش استرس و اضطراب و در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی مؤثر است.

در تبیین این یافته پژوهش می توان گفت مدیتیشن بخش‌های مهمی از مغز را که با عواطف و احساسات مرتبط است تقویت می‌کند. بر اساس این نظر، به غیر از موسیقی، یوگا،

با توجه به اثر بخشی مداخله درمانی با تکنیک مدیتیشن بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب، بنابر این لازم است که بسته های آموزشی در این زمینه تدوین و در اختیار روان‌درمانگران قرارگیرد و این مداخله بصورت یک دوره درمانی منسجم در کلینیک‌ها و مراکز درمانی توسط روانشناسان و درمانگران به عنوان یک شیوه اثر بخش به کار گرفته شود. همچنین لازم است درمان به روش مدیتیشن به صورت جلسات ممتد و دوره‌های پی‌گیری بلند مدت برگزار شود تا کارآیی این روش افزایش یابد. آموزش صحیح این تکنیک به بیماران و مراجعان نیل به این مقصود را آسان می‌کند.

تحقیق حاضر دارای محدودیت‌هایی است که باید بدان توجه داشت. محدود بودن دامنه سنی 18 تا 48 سال و استفاده از جنس مؤنث در این پژوهش، می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق را به نمونه‌های خارج از این دامنه سنی و افراد مذکر محدود سازد. همچنین با توجه به اینکه گروه نمونه در هنگام مطالعه دارو مصرف نمی‌کردند باید در تعمیم نتایج به افرادی که دارو مصرف می‌کنند احتیاط کرد.

نمونه‌گیری داوطلبانه از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. البته به دلیل اینکه گمارش شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی بود تا حدودی این محدودیت کنترل شده است با این وجود باید در تعمیم‌پذیری نتایج به افراد غیر داوطلب جانب احتیاط را رعایت کرد.

پیشنهاد می‌شود کارآیی مداخله مدیتیشن بر روی دیگر اختلالات روانشناختی، به ویژه روی اختلالات اضطرابی خاص مثل PTSD¹ و فوبی‌ها² و غیره آزمون شود. بهتراست در مداخله با تکنیک مدیتیشن در کاهش و درمان اضطراب و افسردگی از نمونه‌گیری به شیوه تصادفی استفاده شود. در صورت امکان این شیوه به همراه سایر تکنیک‌های درمانی برای تسریع روند

1. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

2. phobia

درمانی، به کار گرفته شود. همچنین تأثیر مدیتیشن در دیگر رده‌های سنی و نیز افراد کم سواد اجرا و اثربخشی آن آزمون گردد.

منابع فارسی

- امانس، میشاییل ال. (2000). مراقبه درمانی، ترجمه: هاشمی (آرام)، جمشید، تهران، تجسم خلاق، 1388
- بنسن، هربرت. (2007). آرامش بیکران، ترجمه: جمالیان، سید رضا، تهران، نسل نو اندیش.
- دی وی، گراهام. (2008). آسیب شناسی روانی، ترجمه: مهدی گنجی، تهران، انتشارات ساوالان، 1369
- شاملو، سعید. (1389). بهداشت روانی، تهران، رشد.
- هویت، جیمز. (1389). مراقبه، ترجمه: منوچهر شادان، تهران، انتشارات ققنوس.

منابع لاتین

- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ., (2005). The relationship Between religion /Spirituality and physical health, and Pain in a chronic Pain Population. US National Library of Medicine National Institutes of Health.116(3):311-21.
- Bae, J. H., Chang, H.K., (2006). The effect of MBSR-K program on emotional response of college students. *The Korean Journal of Health Psychology* 11, 637-688.
- Beck, A.T., Stear, R.A., Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 8(1): 77-100.
- Beck, A. T., Word, C. H., Mendelson ,M., et al. (1967). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4:561-71.
- Beddoe, A.E., Murphy, O.M., (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education* 43 (7), 305- 312.
- Burnard, P., Rahim, H.T., Hayes, D., Deborah, E.,(2007). A descriptive study of Bruneian student nurses' perceptions of stress. *Nurse Education Today* 27, 808-818.
- Carell, B. J. (1978). Validity of the Zung Self-rating Scale. *B J Psychiatry*.133: 376-80.

- Fountoulakis, K. N., Lacovedes, A., Samolis, S., et al. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung self rating Scale. *BMC Psychiatry*. 1-6.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S.C., Mills, P.J., Bell, I., Schwartz, G.E.R., (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive stress of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine* 33 (1), 11–21.
- Kathi Kemper, Sally Bulla, Deborah Krueger, Mary J Ott, Jane A McCool and Paula Gardiner. Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. Jan 2011, Vol. 11, No. 1: 26
- Lee, S. H., Ahn, S. C., Lee, Y. J., Choi, T. K., Yook, K. H., Suh, S. Y., (2007). Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *Journal of Psychosomatic Research* 62, 189–195.
- Paholpak S, Piyavhatkul N, Rangseekajee P, Krisanaprakornkit T, Arunpongpaisal S, Pajanasoontorn N, Virasiri S, Singkornard J, Rongbudsi S, Udomsri C, Chonprai C, Unprai P (2012). Breathing meditation by medical students at Khon Kaen University: effect on psychiatric symptoms, memory, intelligence and academic achievement. [Journal Article, Randomized Controlled Trial], *J Med Assoc Thai*; 95(3):461-9.
- Paul, G., Elam, B., Verhulst, S. J. (2007). A longitudinal study of student's perceptions of using deep breathing meditation to reduce testing stress. *Teaching and learning in Medicine* 19 (3), 287–292.
- Randle, J., (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing* 43 (4), 395–401.
- Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J. M., Brainard, G.C., Hojat, M., (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning in Medicine* 15 (2), 88–92.
- Sadock Benjamin J., Sadock Virginia, A. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry*. USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Won, J. S., Kim, J. H., (2002). Study on ego states in the view of transactional analysis, coping style and health states of nursing students. *Journal of East-West Nursing Research Institute* 7 (1), 68–81.