

# تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، کیفیت زندگی و امیدواری در مددجویان کمیته امداد شهرستان قروه

بهرام موحد زاده<sup>۱\*</sup>، سودابه شاه ویسی<sup>۲</sup>

۱. استادیار، دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور، یاسوج، ایران. .

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره یازدهم، شهریورماه ۱۳۹۶، صفحات ۱۶-۱

## چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر افسردگی، کیفیت زندگی و امیدواری در مددجویان کمیته امداد شهرستان قروه بوده است. در یک طرح شبه آزمایشی، یک کار آزمایی کنترل‌شده تصادفی با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پی‌گیری ۲ ماهه با گروه کنترل انجام گرفت. تعداد ۳۰ مددجوی کمیته امداد به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه، گروه آزمایش تحت درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (.. ..) و یک گروه کنترل (.. ..) گماشته شدند. کلیه شرکت‌کنندگان پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه امیدواری، پرسشنامه افسردگی همیلتون را در سه مرحله خط پایه، پس از مداخله و پیگیری دو ماهه تکمیل کردند. داده‌ها با مدل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چند متغیری تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد پس از اتمام شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری بین نمرات افسردگی، کیفیت زندگی و امیدواری در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌صورت گروهی باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و امیدواری در مددجویان پس از خاتمه جلسات درمانی و بعد از پیگیری ۲ ماهه شده است.

**واژه‌های کلیدی:** شناخت درمانی، ذهن آگاهی، افسردگی، امیدواری، کیفیت زندگی، مددجویان، کمیته امداد.

## مقدمه

اگر استرس را حالتی روان‌شناختی بدانیم که در آن تعادل فرد به سبب عوامل درونی و عوامل و موقعیت‌های بیرونی به هم می‌ریزد (آرنولد و بوگس، ۲۰۱۵) یا حالتی پویا و هیجان‌انگیز که فرد با یک فرصت، محدودیت یا تقاضای غیرعادی مواجه شده و واکنش‌های جسمی، شناختی و احساسی نشان می‌دهد (اوکونل، گرندر و کوپر، ۲۰۱۴)، بسیاری از مددجویان نشانه‌هایی از افسردگی را ارائه داده‌اند که شامل بی‌خوابی، خستگی، تغییر در الگوی خوردن که نتیجه آن کاهش یا افزایش وزن است و احساس درمانده بودن و ناامید شدن می‌شود (اسفندیاری و امیری مجد، ۲۰۱۳). بسیاری از آن‌ها حتی اگر علت ناباروری از طرف شوهرشان باشد خود را مسئول ناباروری می‌دانند (مقیمی، ۲۰۰۶)؛ و سبب کاهش صمیمیت، ترس از جدایی، کاهش اعتمادبه‌نفس، طردشدگی، گوشه‌گیری و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (غزان فریز، ۲۰۰۳). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی به درک فرد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگی و دستگاه‌های ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان اطلاق می‌شود پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (شفیع‌آبادی، ۲۰۰۳). کیفیت زندگی به‌عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات شناخته‌شده و به کار می‌رود (شریفیان سنیم سجادی، ۲۰۰۷). بررسی کیفیت زندگی در مطالعات سلامتی، به متخصصان در تعیین وضعیت زندگی و خطراتی که بیماری و عوارض درمان بر کیفیت زندگی دارد کمک می‌کند و می‌تواند نکات مبهم فراوانی را از جمله اثرات نامطلوبی که درمان‌های دارویی بر عملکرد فیزیکی، روانی، اجتماعی و به‌طورکلی کیفیت زندگی بیماران را روشن سازد (معصومی، پورولاجال، کرامت و موسوی، ۲۰۰۷).

در چند دهه اخیر پیشرفت‌های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی-اجتماعی برای بیماران مبتلابه بیماری‌های مزمن صورت گرفته است (آبونگ و آدونگو، ۲۰۱۳). نه فقط به این خاطر که ممکن است موفقیت درمان دارویی و پزشکی را افزایش دهد، بلکه به‌منظور افزایش کیفیت زندگی این بیماران که بیشتر از سایر بیماران ارگانیکی در رنج هستند (چاچامویچ و همکاران، ۲۰۱۰). کنترل و کاهش نشانه‌های روان‌شناختی که به دنبال بیماری‌های جسمی می‌آیند نه تنها سبب بالا بردن مهارت‌ها و بالا بردن روحیه جنگندگی در این بیماران می‌شود، بلکه باعث افزایش کارایی سیستم ایمنی و در نتیجه کاهش علائم جسمانی و بهبودی می‌گردد (کاندنا و همکاران، ۲۰۰۳). در تحقیقات نشان داده شده است که کیفیت زندگی به‌ویژه از جانب نشانگان اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر می‌باشد (دلگادو-سانز و همکاران، ۲۰۱۱). در بین نمایش روان‌شناختی، الگوهای متنوعی در مورد برخورد با استرس و افسردگی همراه با درمان دارویی طراحی و موردبررسی قرار گرفته است، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که نخستین بار توسط سگال و تیزدیل گرفته شده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که توسط کابات زین (آل حسن، ۲۰۱۴) برای دامنه وسیعی از افراد مبتلابه اختلالات مرتبط با استرس طراحی شده است گرفته شده است (فرامزی و همکاران، ۲۰۰۸). تیزدیل و سگال و ویلیامز (۲۰۱۵) مهارت‌هایی را تحت عنوان کنترل توجه از مراقبه ذهن آگاهی گرفتند که معتقد بودند به فرد کمک می‌کند نشخوارهای ذهنی خود

را که موجب بی‌قراری و در نهایت به‌سوی افسردگی و اضطراب سوق می‌دهد کنترل کند (کابات-زین و همکاران، ۱۹۹۲). مهارت اصلی یاد گرفته‌شده باعث می‌شود که فرد درگیر شدن با الگوهای پایدار تفکر منفی را کنار بگذارد. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن همچنین با ترکیب مهارت‌های شناخت درمانی بر مبنای ذهن آگاهی و فن‌های شناختی شریطی را فراهم می‌کند تا فرد بتواند به‌صورت مجزا و خالی از قضاوت نظاره‌گر افکار منفی خود باشد (ولگستن و همکاران، ۲۰۰۸). در این درمان مهارت‌های ذهن آگاهی برای مقابله با افسردگی و ناامیدی و پرورش آگاهی از لحظه حاضر آموزش داده می‌شود که شامل مراقبه‌های مربوط به فکر، آرامش و هانا یوگا می‌باشد (دلگادو-سانز و همکاران، ۲۰۱۱ و فرامزی و همکاران، ۲۰۰۸). ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (جوشی و سینگ، ۲۰۰۹). یکی از اهداف اصلی این برنامه، ارتقای سلامتی و کاهش استرس می‌باشد (یوریلارا و همکاران، ۲۰۰۸). تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود (آل حسن، ۲۰۱۴). مطالعات زیادی در مورد سودمندی نمایش مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شده است. مدل نمایش مبتنی بر ذهن آگاهی موفقیت‌های درزمینه بهبود کیفیت زندگی بیماران گزارش کردند (۲۰). با توجه به مطالب بیان شده این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، کیفیت زندگی و امیدواری در مددجویان کمیته امداد شهرستان قروه موثر است؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون \_ پس‌آزمون و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، مددجویان کمیته امداد شهرستان قروه در سال ۱۳۹۶ بودند. برای محاسبه‌ی حجم نمونه با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه می‌باشد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷)، حجم نمونه ۱۵ نفر ( $n=15$ ) برای هر گروه انتخاب شد. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی، تمایل به همکاری، توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف، به این ترتیب از بین مددجویان مراجعه‌کننده به کمیته امداد شهرستان قروه تعدادی انتخاب شده به صورت تصادفی در ۲ گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل نمونه برگ جمعیت‌شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی . . . . و پرسشنامه امیدواری میلر و پرسشنامه افسردگی همیلتون بود.

**نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی:** این نمونه برگ شامل سن و میزان تحصیلات بود که توسط پژوهشگران در این مطالعه تهیه و مورد ارزیابی قرار گرفت.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال با پاسخهای چند گزینه ای است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامت می سنجد (متوسک و همکاران، ۲۰۱۰). ترجمه و تعیین پایایی و روایی گونه ی فارسی پرسشنامه ی استاندارد ۳۶. .. توسط منتظری، گشتاسبی، وحدانینیا (نجات، ۲۰۰۶)، در شهر تهران در افراد سنین ۱۵ سال و بالاتر انجام گرفته است. مطالعات ایشان از کفایت لازم این ابزار جهت استفاده در جامعه ایران دارد. مقیاس ۳۶. ... دارای ابعاد هشتگانه عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی است. بررسی های روانسنجی دیگر از قبیل روایی نیز صورت گرفته است، که حکایت از مناسب بودن این ابزار دارد. این پرسشنامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است (متوسک و همکاران، ۲۰۱۰). در این پژوهش ابعاد هیجانی، جسمانی، اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه گزارش شده است.

**پرسشنامه امیدواری میلر:** پرسشنامه امیدواری میلر (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵) یک آزمون تشخیصی است که اولین بار برای سنجش امیدواری بیماران در آمریکا به کار رفت. این پرسشنامه مشتمل بر چهل و هشت جنبه از حالت های امیدواری و درماندگی می باشد که ماده های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید انتخاب شده اند. در برابر هر جنبه که نشان دهنده یک نشانه رفتاری است، طیف ۵ درجه ای لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) قرار دارد و هر فرد با انتخاب گزینه ای که بیشتر در در مورد او صادق است، امتیازی بین ۴۸ (کمترین امیدواری) تا ۲۴۰ (بیشترین امیدواری) را به دست می آورد. در نهایت جمع امتیاز به دست آمده بیانگر امیدواری و ناامیدی است (رحمنی، ۲۰۱۵). پایایی و روایی این پرسشنامه در پژوهش های مختلفی تایید شده است. در ایران عبدی و اسدی لاری (۱۹۸۸) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده و بیان می کنند که آزمون امیدواری میلر، بهترین آزمون برای پیش بینی امید در بیمارانی است که عزت نفس پایین دارند و حمایت اجتماعی آنها آسیب دیده است (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲۹ به دست آمد.

**پرسشنامه افسردگی هامیلتون:** سنجش افسردگی با آزمون افسردگی هامیلتون انجام شد. این مقیاس که جزو مقیاس های ارزیابی بالینی برای سنجش افسردگی می باشد شامل ۱۷ آیتم است که نشانه های رفتاری، جسمانی و ذهنی افسردگی را می سنجد. در سال ۱۳۶۵ دکتر مهریار و موسوی نسب این پرسشنامه را به فارسی ترجمه و برای استفاده آماده نمودند. در برخی بررسیها نقطه برش ۱۶ برای این مقیاس در نظر گرفته شده است. در بررسی های پیشین توسط هامیلتون پایایی آن از طریق ضریب همبستگی بین ارزیاب از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. اعتبار مقیاس از طریق همبستگی با سایر ابزارها از ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ و اعتبار سنجش درونی از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ بوده است (فلوگ کول و همکاران، ۲۰۱۰).

## روش پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا از بین مددجویان کمیته امداد شهرستان قروه ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شدند. کلیه مددجویان به صورت تصادفی در دو گروه A و B جایگزین شده و در ادامه به صورت تصادفی یک گروه به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به عنوان گروه گواه قرار گرفت. افراد گروه آزمایش درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در توسط درمانگران بالینی که دوره‌های درمان مذکور را گذرانده و در این زمینه دارای تخصص و تجربه‌های لازم بود، هر هفته به مدت ۱ جلسه و هر جلسه به مدت ۲/۵ ساعت تحت آموزش قرار گرفتند. دو ماه پس از اتمام پروتکل هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند خلاصه دستور العمل اجرایی جلسات در جدول ۱ ارائه شده است (۱۴).

جدول ۱. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برنامه درمانی طبق پروتکل کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲)

هفته اول: اجرای خودکار	
تمرینات عملی	خوردن کشمش با آگاهی - مراقبه و آرسی بدن .
تجربیات	تشکیل گروه - آرایه کدهای اخلاقی - معرفی اعضا - مختصری از ۸ جلسه شرح داده میشود . هدف اینکه فرد بتواند بهوشیاری را در تمام لحظات، حتی در حین انجام کارهای معمولی و تکراری، تمرین کند.
هفته دوم: رفع موانع	
تمرینات عملی	درمان مراقبه و آرسی بدن، ده دقیقه تنفس با آگاهی و مراقبه ذهن
تجربیات	تفکر درباره تمرین ها و حس کردن دقیق هر یک از آن ها بعد از آن در مورد موانع انجام تمرین (مثل بی قراری و پرسه زدن ذهن) و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم) بحث می شود- مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث می شود با این مضمون که رویدادها به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجانانگیز را ایجاد می کند.
هفته سوم: تنفس با ذهن آگاهی (حرکات جسمی با کمک این تکنیک)	
تمرینات عملی	حرکت هوشیارانه، تمرین منبسط کردن و تنفس گسترده نگه داشتن افکار و ذهن از طریق پیگیری تمرین های مراقبه ای و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن، در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شود به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند.

تجربیات	هدف این است که افراد بتوانند از تنفس به عنوان تکیه‌گاهی برای تمرکز کردن و مقاوم‌کردن خود استفاده کنند و همزمان به تجارب خود پذیراتر شوند. کشف تجربه های خوشایند روزانه.
هفته چهارم: ماندن در لحظه	
تمرینات عملی	پنج دقیقه دیدن یا شنیدن با شیوه ذهن آگاهی (آگاهی از تنفس و اعضای بدن، اصوات و افکار)، در ادامه در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین بحث و در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین می شود ماندن در زمان حال.
تجربیات	کشف تجارب ناخوشایند، کشف خستگی مزمن و تمرکز متناوب گروهی. افراد باید در خانه تن آرامی و مراقبه و تمرین های تنفس را تمرین کند.
هفته پنجم: پذیرفتن و اجازه دادن	
تمرینات عملی	نشست های مدیتیشن که آگاهی از تنفس و اعضای بدن تاکید بر چگونگی واکنش نشان دادن به هر آنچه فکر، احساس میکنیم و آنچه از احساسات بدن ناشی می شود- ایجاد یک شرایط سخت تمرینی و کشف تاثیرات تمرین ها روی ذهن و بدن.
تجربیات	تمرین کشف واکنش به الگوهای عادی شده و کاربرد استعداد بالقوه مهارت های ذهن آگاهی جهت آسان سازی واکنش به تجارب زمان حال.
هفته ششم: تفکرات منشا واقعی ندارند	
تمرینات عملی	نشست های مدیتیشن که آگاهی از تنفس و اعضای بدن، مطرح کردن مشکلات بیمار طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، تمرین سه دقیقه تنفس. تمرین ایجاد تغییر خلق، افکار و نگرش ها، شروع گسترده عودهای شخصی و طرح فعالیت، آماده شدن برای پایان دوره. محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند.
هفته هفتم: چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم	
تمرینات عملی	نشست های مدیتیشن که آگاهی از تنفس و اعضای بدن، اصوات و افکار و هیجانات سه دقیقه تنفس به علاوه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تاثیر آن روی بدن و ذهن.

<p>کشف رابطه میان فعالیت و خلق، لیست کلی از فعالیتهای روزانه و رسیدگی به تخلیه هیجانی که احساس مطلوبی از قدرت می دهد.</p> <p>بررسی راه های افزایش فعالیتهای مفید، تشخیص عودها و فعالیتهایی که عود مجدد را سبب می شود.</p> <p>در ادامه تمرینی ارائه می شود که در آن شرکت کنندگان مشخص می کنند کدامیک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد.</p>	تجربیات
هفته هشتم: چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم گیری های آینده	
<p>مراقبه وارسی بدن، پایان درمان، پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام می شود. سپس در مورد روش های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث می شود.</p>	تمرینات عملی
<p>بازنگری مجدد سیستم هشدار دهنده اولیه و طرح های عملیاتی ارایه شده برای به کار گیری در زمان عودهای مجدد که بسیار مرور شده بود که در هر دوره چه تفکراتی در زندگی فرد دارای ارزش بیشتری است تا فرد را قادر به استفاده از آن جهت یادگیری بکند.</p> <p>بحث در خصوص اینکه چگونه میزان تغییرات در تمرینات رسمی و غیر رسمی را حفظ کنیم.</p>	تجربیات

## یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی نمونه حاضر در این پژوهش در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲. خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

آزمایش (n=۱۵)		کنترل (n=۱۵)		سن
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۲۰	۳	۱۳/۳	۲	۲۶ تا ۳۰
۱۳/۳	۲	۲۰	۳	۳۱ تا ۳۵
۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	۳۶ تا ۴۰
۴۰	۶	۳۳/۳	۵	۴۱ تا ۴۵
۵/۵۴±۳۸/۰۷		۵/۶۲. ۳۷/۸۰		میانگین و انحراف معیار

تحصیلات	دیپلم	۵	۳۳/۳	۳	۲۰
	فوق دیپلم	۳	۲۰	۵	۳۳/۳
	لیسانس	۷	۴۶/۷	۷	۴۶/۷
شغل	کارمند	۵	۳۳/۳	۳	۲۰

در ادامه میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی و متغیر امیدواری، افسردگی را در سه موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر حسب گروه‌های آزمایشی و کنترل در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی و امیدواری بر حسب زمان

متغیرها و ابعاد		آزمایش (n=۱۵)			کنترل (n=۱۵)		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کیفیت زندگی	هیجانی	۳۷/۲۷±۲/۹۳	۴۸/۷۳. ۴/۸۶	۴۵/۳۳. ۴/۰۳	۳۸/۳۳. ۲/۰۲	۳۹/۲۰. ۲/۳۰	۳۷/۰۱. ۲/۶۱
	جسمانی	۲۶/۴۷. ۱/۹۹	۳۴/۹۳. ۲/۵۲	۳۱/۳۳. ۳/۴۱	۲۶/۶۷. ۲/۰۹	۲۳/۳۳. ۱/۷۱	۲۶/۲۰. ۱/۳۷
	اجتماعی	۳۰/۲۷. ۲/۶۸	۳۷/۲۰. ۳/۰۲	۳۴/۷۸. ۲/۸۲	۳۰/۵۳. ۱/۶۸	۲۹/۴۷. ۱/۸۸	۲۹/۵۳. ۲/۲۹
	نمره کل	۹۴/۰۱. ۴/۸۸	۱۲۰/۸۷. ۶/۱۵	۱۱۱/۵۳. ۴/۹۴	۹۵/۵۳. ۳/۷۰	۹۲/۰۲. ۳/۵۲	۹۲/۷۳. ۳/۸۴
امیدواری		۱۳۸/۶۷. ۱۸/۸۱	۱۶۰/۴۰±۲۵/۹۷	۱۶۱/۹۳±۱۶/۸۲	۱۴۳/۰۷±۱۱/۴۳	۱۲۶/۷۳±۱۴/۴۴	۱۳۹/۸۷±۱۱/۴۳
افسردگی		۲۵,۰۸±۰/۹۰	۲۴,۹۱±۱/۲۴	۲۴±۱/۴۷	۲۵,۰۸±۱/۱۶	۱۹,۵۰±۱/۱۶	۲۲,۱۶±۱/۱۹

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نه تنها نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش در ابعاد (هیجانی، جسمانی و اجتماعی) از پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافته است، بلکه در مرحله پیگیری از ثبات نسبی برخوردار بوده است. بیشترین افزایش در نمره بعد هیجانی و کمترین کاهش در بعد اجتماعی مشاهده می‌شود. نمره کل کیفیت زندگی مددجویان نیز از پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافته است که نشانه‌ای از بهبود کیفیت زندگی است. میانگین و انحراف معیار امیدواری نیز از پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافته است و در مرحله پیگیری نیز از ثبات نسبی برخوردار است. همینطور میانگین و انحراف معیار افسردگی نیز از پیش آزمون به پس آزمون کاهش یافته است و در مرحله پیگیری نیز از ثبات نسبی برخوردار است. در این مطالعه تحلیل آماری نمرات افسردگی، کیفیت زندگی و امیدواری در دو گروه آزمایش و گواه با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام شد. در این تحلیل نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی و نمرات پس آزمون و پیگیری به عنوان متغیر وابسته محسوب شدند و زمان به عنوان متغیر



تعدیل کننده در نظر گرفته شد. پیش از انجام تحلیل‌ها، ابتدا پیش فرض‌های استفاده از مدل بررسی شد. نتایج آزمون کرویت موخلی نشان می‌دهد که در متغیر افسردگی فرض کرویت رد نمی‌شود. نتایج آزمون موخلی برای متغیر امیدواری نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس کواریانس برقرار نیست (  $F(2, 102) = 0.102, P > 0.05$  ). بنابراین، به دلیل عدم برابری ماتریس واریانس - کواریانس آزمون هوین-فلت به کار رفت. مقدار این آزمون نشان داد که آزمون مربوط به اثر اصلی زمان درون گروه‌ها معنادار نیست (  $F(2, 102) = 0.102, P > 0.05$  ). با این وجود، آزمون مربوط به اثر متقابل زمان و گروه‌ها معنادار است (  $F(2, 102) = 0.102, P < 0.05$  ). نتایج آزمون‌های چند متغیری نشان داد که اثر عامل زمان (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) برای متغیر امیدواری معنادار بود (  $F(2, 102) = 0.102, P < 0.05$  ).

همچنین، اثر (متقابل) تعامل زمان × گروه معنادار بود (  $F(2, 102) = 0.102, P < 0.05$  ).

با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار بود و با توجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از گروه گواه بوده است، می‌توان بیان نمود که متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر افزایش امیدواری تأثیرگذار بوده است. نتایج آزمون موخلی برای متغیر کیفیت زندگی کلی نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس واریانس کواریانس برقرار است (  $F(2, 102) = 0.102, P > 0.05$  ).

بنابراین، به دلیل برابری (همگنی) ماتریس واریانس - کواریانس آزمون (متقابل) تعامل زمان × گروه معنادار است (  $F(2, 102) = 0.102, P < 0.05$  ).

نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای متغیر کیفیت زندگی کلی نشان داد که اثر عامل زمان (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) معنادار بود (  $F(2, 102) = 0.102, P < 0.05$  ).

همچنین، اثر (متقابل) تعامل زمان × گروه معنادار بود (  $F(2, 102) = 0.102, P < 0.05$  ).

با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر کیفیت زندگی کلی معنادار بود و با توجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از گروه گواه بوده است، می‌توان بیان نمود که متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر افزایش کیفیت زندگی کلی مددجویان تأثیرگذار بوده است. نتایج آزمون موخلی برای بعد هیجانی کیفیت زندگی نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس واریانس کواریانس برقرار نیست (  $F(2, 102) = 0.102, P < 0.05$  ).

بنابراین، به دلیل برابری (همگنی) ماتریس واریانس - کواریانس آزمون (متقابل) تعامل زمان × گروه معنادار است (  $F(2, 102) = 0.102, P < 0.05$  ).

نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای بعد هیجانی کیفیت زندگی نشان داد که اثر عامل زمان (پیش‌آزمون -

پس آزمون-پیگیری) معنادار بود (  $F(1, 152) = 0.848, p = 0.362$  ).

همچنین، اثر (متقابل) تعامل زمان  $\times$  گروه معنادار بود (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در بعد هیجانی کیفیت زندگی معنادار بود و با توجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری بالاتر از گروه گواه بوده است، می توان بیان نمود که متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر افزایش بعد هیجانی کیفیت زندگی مددجویان تاثیرگذار بوده است. نتایج آزمون موخلی برای بعد جسمانی کیفیت زندگی نشان می دهد که مفروضه برابری واریانس کواریانس برقرار نیست (  $F(1, 152) = 2.22, p = 0.139$  ). بنابراین، به دلیل برابری (همگنی) ماتریس واریانس - کواریانس آزمون. ....

به کار رفت. مقدار این آزمون نشان داد که آزمون مربوط به اثر اصلی زمان درون گروه ها معنادار است (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

آزمون مربوط به اثر متقابل زمان و گروه ها نیز معنادار است (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

نتایج آزمون های چند متغیری برای بعد جسمانی کیفیت زندگی نشان داد که اثر عامل زمان (پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری) معنادار بود (  $F(1, 152) = 13.790, p = 0.001$  ).

همچنین، اثر (متقابل) تعامل زمان  $\times$  گروه معنادار بود (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در بعد جسمانی کیفیت زندگی معنادار بود و با توجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری بالاتر از گروه گواه بوده است، می توان بیان نمود که متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر افزایش بعد جسمانی کیفیت زندگی جسمی- حرکتی تاثیرگذار بوده است. نتایج آزمون موخلی برای بعد اجتماعی کیفیت زندگی نشان می دهد که مفروضه برابری ماتریس واریانس کواریانس برقرار نیست (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

بنابراین، به دلیل برابری (همگنی) ماتریس واریانس - کواریانس آزمون. ....

به کار رفت. مقدار این آزمون نشان داد که آزمون مربوط به اثر اصلی زمان درون گروه ها معنادار است (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

آزمون مربوط به اثر متقابل زمان و گروه ها نیز معنادار است (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

نتایج آزمون های چندمتغیری برای بعد اجتماعی کیفیت زندگی نشان داد که اثر عامل زمان (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) معنادار بود (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

همچنین، اثر (متقابل) تعامل زمان  $\times$  گروه معنادار بود (  $F(1, 152) = 0.001, p = 0.983$  ).

با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در بعد اجتماعی کیفیت زندگی معنادار بود و با توجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری بالاتر از گروه گواه بوده است، می توان بیان نمود که متغیر مستقل (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر افزایش بعد اجتماعی کیفیت زندگی مددجویان تاثیرگذار بوده است. نتایج آزمون های تک متغیری در مقیاس افسردگی نشان داد که

اثر تعامل دو راهه زمان  $\times$  گروه بر میزان افسردگی معنادار است . . . . .  
 ....). براساس یافته های آماری می توان نتیجه گرفت که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی (گروه آزمایش) نسبت به گروه کنترل در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری بر بهبود کیفیت زندگی و امیدواری، افسردگی مددجویان تأثیر داشته است. نتایج مطالعه حاضر بیانگر این بود که آموزش رفتارهای سبک زندگی سالم از طریق ذهن آگاهی مبتنی منجر به افزایش کیفیت زندگی مددجویان شد و این تغییر از نظر آماری معنادار بوده است (جدول ۳).

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان داده است که آموزش سبک زندگی از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش علائم روان‌شناختی ناامیدی و افسردگی و در نتیجه منجر به بهبود کیفیت زندگی مددجویان شده است. در تبیین مطالعه حاضر می توان نتیجه گرفت، آموزش رفتارهای مربوط به سبک زندگی سالم در مؤلفه‌هایی چون مدیریت استرس، حمایت بین فردی، تغذیه، ورزش و ... بر اساس فن‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی مانند تکنیک‌های تمرکز، تنظیم هیجان، تنفس و خوردن آگاهانه و تمرینات یوگا موجب کاهش علائم روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و...) و در نتیجه منجر به بهبود کیفیت زندگی مددجویان شد. می توان گفت از یک طرف، قضاوت و پیش‌داوری در بسیاری از شرایط موجب ایجاد ناامیدی و افسردگی در این مددجویان می شود و این امر استفاده از خطاهای شناختی را افزایش می دهد. این چرخه معیوب می تواند منجر به افزایش بیماری‌ها و اختلالات گردد. جهت کاهش استفاده از این خطاها، لازم است تا بیماران از قضاوت فاصله گرفته و احساسات و رویدادها را آن‌گونه که وجود دارند، درک کنند (ماتسویاشی و همکاران، ۲۰۱۱)؛ و از طرف دیگر، همین مشاهده خالی از قضاوت و تمرین تکنیک‌های ذهن آگاهی (تمرکز، تمرینات یوگا، اسکن بدن، مدیریت استرس و...)، توانایی مراجعان را برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی افزایش می دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر، قادر ساخته و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله ای غیر انطباقی را به دنبال خواهد داشت (دلگادو-سانز و همکاران، ۲۰۱۱). استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی (تمرین خودکار، تمرکز) و آموزش آرمیدگی (وارسی بدن، ریلکسیشن، هاتا یوگا و...) به شکل گسترده به‌عنوان یک مهارت مدیریت استرس، بایستی به‌طور منظم و پایدار در زندگی دوران درمان طولانی استفاده شود (آل حسن و همکاران، ۲۰۱۴)؛ و مطالعات نشان داده است ذهن آگاهی بر بهبود بهزیستی روانی و جسمانی و کاهش نشانه‌های فیزیکی مؤثر بوده است (جوشی و همکاران، ۲۰۰۹). در توجیه این یافته می توان گفت چون ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، کمک می کند (دلور، ۲۰۰۴). بنابراین آموزش آن به مددجویان باعث می شود که آنان احساسات خود را بپذیرند و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به مشکلاتشان می شود. در این راستا مطالعات مبین این است که بازداری هیجانی به‌عنوان یک راهبرد منفی در تنظیم هیجان منجر به بیماری‌های جسمی می شود و باز ارزیابی شناختی هیجانات به‌عنوان یک راهبرد مثبت

تنظیم هیجان، بهبود وضعیت جسمانی را به دنبال دارد (فلوکول و همکاران، ۲۰۱۰). در تبیین دیگر نتایج می‌توان گفت افسردگی، اضطراب و استرس از عوامل تأثیرگذار مهم بر کاهش کیفیت زندگی مددجویان است (نجات، ۲۰۰۹). در توجیه این یافته می‌توان گفت، فن‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و یوگای هوشیارانه، از یک طرف موجب افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی و بهبود قابلیت‌های فردی و اجتماعی می‌شود و در نتیجه عوامل روان‌شناختی چون افسردگی و ... کاهش می‌یابد (ولگستن و همکاران، ۲۰۰۸). و از طرف دیگر موجب کاهش تنش جسمانی و تولید هورمون‌های اپی نفرین و نور اپی نفرین و به موازات آن کاهش استرس و اضطراب و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی در مددجویان می‌شود. طبق نظر بنسون تمرینات آرمیدگی (ریلکسیشن، اسکن بدن، مراقبه‌ها و یوگا) به تغییرات فیزیولوژیک منجر می‌شود و این تغییرات با کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک هماهنگ هستند (جوشی و همکاران، ۲۰۰۹). اثرات درمان مذکور به شیوه گروهی باعث بالا رفتن توان مقابله سازگاری، ایجاد حس امیدواری، پاسخگویی بیشتر به درمان شده و لذا پیامدهای درمانی بیشتری تحت تأثیر قرار می‌گیرند (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵). اما باید توجه داشت که تداوم این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش تکنیک‌های ذهن آگاهی در سراسر زندگی می‌باشد، به طوری که این شیوه به یک سبک زندگی تبدیل شود. عدم امکان پیگیری طولانی‌تر از سه ماه و عدم امکان نمونه‌گیری جامع از کلیه مناطق شهری و محدود شدن آن فقط مددجویان، از جمله محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌آید. پیشنهاد می‌شود که این درمان بر روی دیگر افراد نیز به کار گرفته شود.

### نتیجه‌گیری

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی، ظرفیت این را دارد که موجب بهبود کیفیت زندگی، افزایش امیدواری در مددجویان گردد.

### تقدیر و تشکر

محققان بر خود لازم می‌دانند از همه کسانی که در اجرا و پیشبرد این تحقیق همکاری و مساعدت داشته‌اند و همچنین تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را کنند.

## References

- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
..... [
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....

- [Bibliographic entry 1]
- [Bibliographic entry 2]
- [Bibliographic entry 3]
- [Bibliographic entry 4]
- [Bibliographic entry 5]
- [Bibliographic entry 6]
- [Bibliographic entry 7]
- [Bibliographic entry 8]
- [Bibliographic entry 9]
- [Bibliographic entry 10]
- [Bibliographic entry 11]
- [Bibliographic entry 12]
- [Bibliographic entry 13]
- [Bibliographic entry 14]
- [Bibliographic entry 15]
- [Bibliographic entry 16]
- [Bibliographic entry 17]
- [Bibliographic entry 18]
- [Bibliographic entry 19]
- [Bibliographic entry 20]
- [Bibliographic entry 21]
- [Bibliographic entry 22]
- [Bibliographic entry 23]
- [Bibliographic entry 24]
- [Bibliographic entry 25]
- [Bibliographic entry 26]
- [Bibliographic entry 27]
- [Bibliographic entry 28]
- [Bibliographic entry 29]
- [Bibliographic entry 30]
- [Bibliographic entry 31]
- [Bibliographic entry 32]
- [Bibliographic entry 33]
- [Bibliographic entry 34]
- [Bibliographic entry 35]
- [Bibliographic entry 36]
- [Bibliographic entry 37]
- [Bibliographic entry 38]
- [Bibliographic entry 39]
- [Bibliographic entry 40]
- [Bibliographic entry 41]
- [Bibliographic entry 42]
- [Bibliographic entry 43]
- [Bibliographic entry 44]
- [Bibliographic entry 45]
- [Bibliographic entry 46]
- [Bibliographic entry 47]
- [Bibliographic entry 48]
- [Bibliographic entry 49]
- [Bibliographic entry 50]

BMC Women’s Health; 14:42. [PMC free article] [PubMed]..



