

# بررسی اثربخشی ذهن آگاهی در کاهش استرس و افسردگی دانشجویان

سلمناز عظیمی<sup>۱\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول).

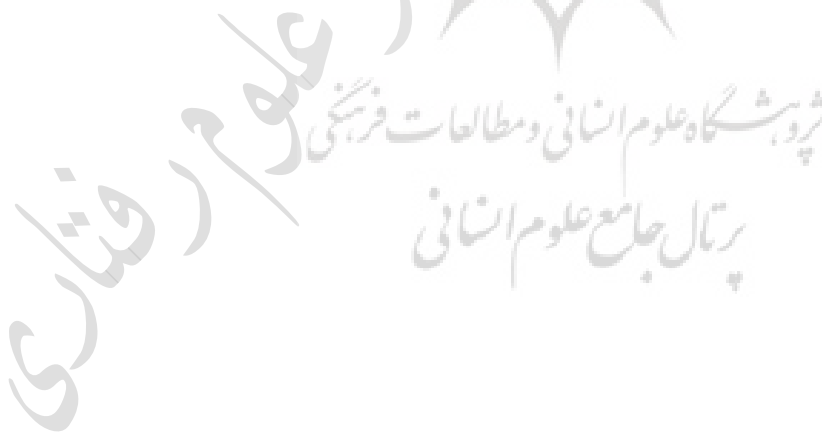
مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیست و دوم، مردادماه ۱۳۹۷، صفحات ۱۷-۱

## چکیده

در پژوهش‌های روان‌درمانی ذهن آگاهی به‌عنوان یک حالت ارتقاء دهنده تفکر خودآگاهی برای بهبود بهزیستی در نظر گرفته می‌شود. این مطالعه به‌منظور تعیین اثر آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و افسردگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل انجام شد. روش پژوهش فعلی آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون - پس آزمون بود. برای این هدف ۴۰ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس در دو گروه ۲۰ نفری (گروه آزمایش و گروه کنترل) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار به‌کار رفته در این پژوهش، آزمون افسردگی و اضطراب بک بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که ذهن آگاهی بر کاهش استرس و افسردگی مؤثر است. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش ذهن آگاهی نشانه‌های افسردگی و اضطراب را کاهش داده و آموزش‌هایی برای بهتر استفاده کردن از روش‌های ذهن آگاهی به دانشجویانی که دچار افسردگی و استرس هستند ارائه می‌دهد و لذا برای بهبود سلامت روان و کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان، آموزش ذهن آگاهی پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان ذهن آگاهی، استرس، افسردگی، دانشجویان.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیست و دوم، مردادماه ۱۳۹۷



## مقدمه

در میان اختلالات روانی شایع در جوامع، استرس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های اعصاب و روان است. اختلال استرس از جمله حالاتی است که از نظر تاریخیچه و سیر پرفراز و نشیب واژه‌گزینی، از نظر تعریف، سبب‌شناسی و سرانجام تشخیص و درمان و پیش‌آگهی بسیار پیچیده و متنوع است. شاید کمتر مقوله‌ای در روان‌شناسی این چنین طیف گسترده و ابهام‌آفرینی را به خود اختصاص داده است (عویدی، ۱۳۹۴).

تعریفی که (مک‌گراث و همکاران ۱۹۷۱) ارائه داده‌اند دربرگیرنده چند خصوصیت می‌باشد و آن اینکه، آن‌ها استرس را ناشی از رخدادی بیرونی دانسته و نتیجه این رخداد را کاهش در قابلیت‌ها و توان‌های موجود در شخص می‌دانند. از طرفی استرس را وضعیتی نابهنجار تلقی نکرده بلکه آن را همانند نشانه و علامتی در برانگیختن شخص در جهت تغییر استرس می‌دانند. مک‌گراس و همکاران، استرس را به استرس منفی و مثبت تقسیم کرده است. در اغلب موارد استرسی که هنگام ازدواج تجربه می‌شود استرس مثبت و استرسی که هنگام مراسم تدفین تجربه می‌شود استرس منفی است و استرس منفی معمولاً صدمه بیشتری وارد می‌کند. از نکات قابل تأمل در تعریف استرس اشاره به این است که استرس بازتاب برخوردی نامناسب در مواجهه با علل استرس‌زا می‌باشد. فردی دچار استرس می‌شود که در برخورد با وقایع و اتفاقات به وجود آمده، برخوردی مناسب را در پیش نمی‌گیرد. چنین فردی در کنار آمدن با حوادث و بحران‌های روی داده به شیوه‌ای ضعیف و نامناسب عمل کرده و خود را در معرض استرس قرار می‌دهد. (هانس‌سلیه، ۱۹۷۶). افسردگی دومین اختلال شایع روان‌شناختی است که سالیانه در سراسر جهان حدود ۱۰۰ میلیون نفر به آن مبتلا می‌شوند (موسوی، ۱۳۸۸).

افسردگی اختلال تهدیدکننده زندگی به شمار می‌رود که با بالا بودن خطر خودکشی، افت شدید عملکرد و افزایش مشکلات زندگی همراه است. بعضی از مولفین براین باورند که افسردگی در طول ۵۰ سال گذشته بطور مرتب افزایش یافته و در عین حال، سن شروع آن نیز کاهش یافته است. افسردگی از زمان‌های بسیار دور در نوشته‌ها و کتب دانشمندان اسلامی و اروپایی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. افسردگی مسئله شماره یک سلامتی در دنیاست، بعضی از روان‌شناسان آنرا سرماخوردگی دفاعی نامیده‌اند (حیدری، ۱۳۹۱).

با این حالت تفاوت ظریفی میان افسردگی و سرما خوردگی وجود دارد، افسردگی کشنده است هنگام افسردگی روحیه کسل و تصویر ذهنی خراب می‌شود. جسم از انجام وظایف خویش باز می‌ماند، قدرت تحلیل می‌رود و اعمال به گونه‌ای است که انسان را به جانب شکست و ناکامی سوق می‌دهد افسردگی اختلال احساس نیست. افسردگی همیشه حاصل تعریف‌های ذهنی است. معمولاً افسردگی با کاهش انرژی (انگیزه) همراه است به نحوی که سطح انرژی بطور برجسته‌ای کاهش یافته است (صارمی، ۱۳۸۶). به‌طور کلی افسردگی با تغییر خلق همراه است. از جمله نشانه‌های آن خلق افسرده یا تحریک‌پذیر و فقدان علاقه و لذت است. فرد افسرده احساس اندوه، بی‌ارزشی، دل‌مردگی و عدم اعتماد به نفس دارد و به پرهیز از روابط اجتماعی، اختلال خواب، تغذیه و حتی علائم روان‌پریشی مبتلا می‌گردد. به‌طوری‌که این مشکلات و عوارض سبب کاهش کارایی، ایفای نقش و مسؤولیت‌پذیری وی در جامعه می‌شود (فروتنی، ۲۰۰۵). ورود دانشجویان جوان به یک نقطه مکانی جدید، آن‌ها را در معرض فشارهای متعدد از جمله شوک‌های فرهنگی قرار خواهند داد. این فشار روانی می‌تواند زمینه‌ساز نابهنجاری‌های متعدد در افراد شود (حسن‌زاده، ۲۰۰۹). آمارهای همه‌گیر شناختی در کشورهای مختلف حاکی از شیوع متفاوت افسردگی در جوامع مختلف است. مطالعات، میزان شیوع افسردگی بالینی را در ایران بیشتر از کشورهای دیگر نشان می‌دهد. به‌طوری‌که احتمال ابتلای زنان به افسردگی ۱۶ درصد است ۴/۳۰ درصد بیشتر از مردان افسردگی دارد. مطالعات انجام‌شده روی گروه‌های دانشجویی که دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهند؛ توجه پژوهشگران را به علل آسیب‌پذیری مردم به افسردگی و ابداع روش‌های درمانی مؤثرتر جلب نموده است (آذرمرزبانی، ۲۰۰۳). به اعتقاد آدامز (۲۰۰۳) افسردگی و اضطراب ناشی از زندگی دانشجویی و اثراتی که بر روی سلامت روانی دانشجویان می‌گذارد در سال‌های اخیر به شدت مورد توجه و مطالعه واقع شده‌است و متأسفانه این اضطراب و افسردگی ناشی از زندگی دانشجویی به خودکشی در دانشجویان منجر می‌گردد به گونه‌ای که در حال حاضر خودکشی سومین عامل مرگ و میر در بین دانشجویان ساکن خوابگاه‌هاست. فشار ناشی از زندگی دانشجویی به علاوه آمادگی بیولوژیکی و روان‌شناختی دانشجویان سبب می‌شود تا نرخ ابتلا به اختلالات روانی در دانشجویان ساکن خوابگاه‌ها افزایش یابد (نصیری و همکاران، ۱۳۸۵).

مطالعات انجام شده در گروه‌های دانشجویی نیز دامنه بالایی از این اختلال را نشان می‌دهد. در یک مطالعه توصیفی که تحت عنوان سلامت روانی در دانشجویان سال اول دانشگاهی در مکزیک به عمل آمد سلامت روانی و میزان شیوع اختلال روانی در بین یک گروه ۷۰۸ نفری از دانشجویان سال اول دانشگاه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل نشان داد که ۸۴ درصد دانشجویان نیاز به خدمت روان‌شناسی دارند. همچنین اضطراب و افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی محسوب شده بود (امینی و فرهادی، ۱۳۸۰).

آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری دانشجویان شهرستانی، بی‌علاقگی احتمالی یا عدم شناخت از رشته تحصیلی، ناسازگاری با دانشجویان دیگر، کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی و مشکلاتی نظیر آن، از جمله شرایطی است که می‌توان مشکلات و ناراحتی‌های روانی را بوجود آورد و یا تشدید کند و باعث افت عملکرد افراد گردد (عباسی و همکاران، ۱۳۸۰).

راس (۲۰۰۴) بر این باور است که گزارش‌هایی که توسط مطالعات گوناگون و متخصصان بالینی داده می‌شود نشان می‌دهند که تعداد قابل توجهی از دانشجویان دانشگاه‌های آمریکا، که در مجتمع‌های خوابگاهی زندگی می‌کنند از اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی رنج می‌برند و به مصرف مواد مخدر و الکل می‌پردازند. در طی ۵ سال گذشته مشکلات روان‌شناختی دانشجویان افزایش یافته است ۱۵/۹ درصد از دختران دانشجو و ۸/۵ درصد از پسران دانشجو گزارش می‌دهند که دارای علائم افسردگی هستند و از آن رنج می‌برند.

از میان رویکردهای درمانی غیر دارویی، درمان‌های شناختی رفتاری سنتی به استانداردهای طلایی در مداخلات درمانی روی اختلالات افسردگی و خودکشی شهرت دارند. با این حال کارآمدترین درمان‌های اخیر شناختی مانند رفتاردرمانی دیالکتیک طولانی مدت هستند. به علاوه عدم موفقیت روش‌های رایج در رویکرد شناختی - رفتاری سنتی به تنهایی مانند روش حل مسئله برای افراد خودکشی گرا، لزوم انجام آزمون رویکردهای نوین شناختی - رفتاری برای این اختلالات را می‌طلبد محققین تلفیق رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی را با مداخله‌های شناختی - رفتاری موجود، پیشنهاد کرده‌اند (کیوانی، ۲۰۰۲).

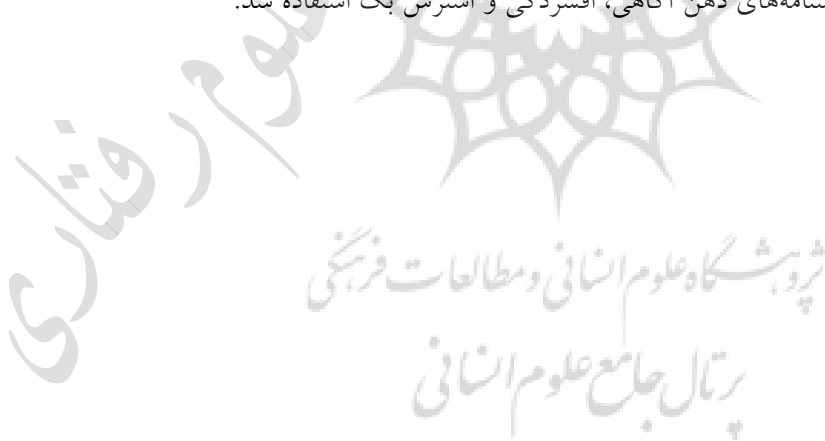
رایج‌ترین روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس است که به شکل برنامه کاهش استرس و برنامه آرامش آموزی شناخته می‌شود این رویکرد در دهه ۱۹۷۰ پس از تأسیس کلینیک کاهش استرس در مرکز پزشکی ماساچوست توسط کابات زین معرفی گردید. از آن زمان به بعد بیماران بسیاری با مشکلاتی چون سرطان، درد مزمن، افسردگی، اضطراب و بیماری‌های قلبی، مبتلایان به ایدز، مشکلات معده‌ای - رودهای وابسته به استرس، سردرد، فشارخون بالا و اختلالات خواب وحشت‌زدگی از این روش بهره برده‌اند (کیوانی، ۲۰۰۵).

آموزش ذهن آگاهی یکی از درمان‌های کاهش استرس است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است؛ از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می‌شوند در سال‌های اخیر ذهن آگاهی در جامعه علمی توجه زیادی را به خود معطوف نموده و به‌عنوان آگاهی لحظه‌به‌لحظه از تجربه به‌دست‌آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه‌های موجود تعریف می‌شود. اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه بودائیسیم گرفته‌شده که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را که فراتر از فکر است؛ افزایش می‌دهد (لطفی نیا، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی یک فن یا روش نیست. بلکه می‌توان آن را یک شیوه بودن یا یک شیوه فهمیدن توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است. اکثر مطالعات بر ارزیابی کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی متمرکز شده‌اند. بر این اساس، در سال‌های اخیر مداخلات مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامت و نیز با نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی، کاهش نشخوار فکری و افسردگی مرتبط است (قلی پور، ۲۰۱۲). ذهن آگاهی رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بهزیستی، معنویت و سلامتی را به‌صورت مثبت و معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند و از طریق اثر روی کاهش هیجانات منفی، تنظیم خلق‌وخوی بد و پذیرش خود نقش به‌سزایی در پیشگیری و تعدیل نشانه‌های افسردگی دارد (سلیم زاده، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی مبتنی بر برنامه‌های کاهش استرس با بهبود فرایندهای عاطفی و خلقی، کارکرد سیستم دفاعی بدن، بهزیستی جسمانی و روانی کیفیت زندگی کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خود آیند مرتبط است (گل دین، ۲۰۱۰). مطالعاتی در زمینه اثر آموزش ذهن آگاهی بر میزان اضطراب و استرس انجام‌شده است با توجه به فقدان مطالعه‌هایی در زمینه اثر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، این مطالعه به بررسی اثربخشی ذهن آگاهی در کاهش استرس و افسردگی دانشجویان انجام شد.

## روش پژوهش

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دارای استرس و افسردگی که به مراکز مشاوره در سال ۱۳۹۶-۹۷ در شهر اردبیل بودند که توسط متخصصین و روان‌پزشک و دیگر متخصصین مربوطه تشخیص قطعی را دریافت کرده بودند. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۰۸ و نیز مطالعات پیشین برآورد شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه دارای دو مرحله بود که ابتدا از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر از افرادی که دارای استرس بودند، انتخاب و سپس، بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و اجرای یک جلسه پیش‌آزمون با مصاحبه بالینی که توسط پژوهشگر زیر نظر روان‌پزشک و بر اساس معیارهای تشخیصی DSM\_IV\_TR انجام شده بود، ۴۰ نفر (برای هر گروه ۲۰ نفر) از افراد بالاترین نمرات را به‌عنوان خط پایه پس از تکمیل پرسشنامه‌ها کسب کردند، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و پس از تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل ۲۰ نفر جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تمایل خود دانشجو برای شرکت در پژوهش، دریافت تشخیص قطعی استرس و اضطراب حداقل به مدت ۶ ماه از جانب متخصصین مربوطه، عدم دریافت روان‌درمانی و دارودرمانی قبل از ورود به پژوهش، عدم همبودی بیماری‌های جسمانی یا اختلالات شدید روانی، عدم ابتلا به هرگونه بیماری ناتوان‌کننده و مزمین دیگر از قبیل بیماری‌های کلیوی، کبدی، قلبی-عروقی و غیره و تکمیل فرم رضایت‌نامه به‌وسیله آزمودنی جهت شرکت در پژوهش بود. در این مطالعه از پرسشنامه‌های ذهن آگاهی، افسردگی و استرس بک استفاده شد.



## پرسشنامه اضطراب بک

این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای برای اندازه گیری شدت اضطراب است. هر سوال در یک طیف ۴ بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. هر یک از ماده های آن، یک از علائم شایع اضطراب ذهنی، بدنی و هراس را توصیف می کند. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی ۰/۷۵ و همبستگی ماده ای آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون، همگی نشان دهنده کارایی بالای آن در سنجش اضطراب می باشد. در ایران ضریب اعتبار آن با روش باز آزمایی بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۳ و آلفای روناخ آن ۰/۹۲ گزارش شده است (آشتیانی و داستانی ۱۳۸۸).

## افسردگی بک تجدید نظر شده

این مقیاس ۲۱ ماده ای، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که با نمره برش ۱۷ جهت سنجش افسردگی تدوین شده و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. هر ماده ۴ گزینه دارد که از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و درجات افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. در نمونه خارجی، ثبات درونی این ابزار بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. در نمونه ایرانی، ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ضریب باز آزمایی ۰/۹۳ و روایی آن از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸).

همچنین، ذهن آگاهی، به صورت گروهی طی ۸ جلسه و یکبار در هفته به مدت دو ساعت اجرا شد. خلاصه ای از دستورالعمل اجرایی جلسات ذهن آگاهی به شرح زیر است:

**جلسه اول:** اول معرفی سیستم هدایت خودکار / نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، تفکرات و هیجانها در کاهش استرس و افسردگی / تمرین خوردن کشمش و دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین / فضای تنفس سه دقیقه ای / تعیین تکلیف هفته ای آینده و توزیع جزوات جلسه اول و سی دی مراقبه-ها.

**جلسه دوم:** تمرین مجدد واریسی بدن / دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین واریسی بدن / تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس / تمرین کششی یوگا / توزیع جزوات جلسه دوم و سی دی مراقبه‌ها.

**جلسه سوم:** انجام نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس (مراقبه نشسته) / انجام تمرینات یوگا / تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای / توزیع جزوات جلسه سوم و نوار مربوط به حرکات یوگا.

**جلسه چهارم:** انجام مجدد تمرین واریسی بدن / انجام تمرینات مربوط به یوگای بهشیار / تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن" / تمرین مجدد نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن / توزیع جزوات شرکت‌کنندگان در جلسه چهارم و سی دی مراقبه‌ها

**جلسه پنجم:** تمرین تنفس / تمرین مجدد نشست هشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار) / توضیحاتی پیرامون استرس و افسردگی و شناسایی واکنش‌های شرکت‌کنندگان نسبت به استرس و افسردگی / بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی / انجام تمرینات یوگای هوشیارانه / تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای / توزیع جزوات

**جلسه ششم:** انجام یوگای هوشیارانه / انجام مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار) / توزیع جزوات جلسه‌ی ۶ و نوار شماره ۴ بین شرکت‌کنندگان

**جلسه هفتم:** انجام مراقبه کوهستان / بهداشت خواب / تکرار تمرینات جلسات قبیل / تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش / توزیع جزوات جلسه هفتم

**جلسه هشتم:** تمرین واریسی بدن / بازیگری کل برنامه / واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها / انجام مراقبه سنگ، مهره و تیله.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی



## یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی در گروه آزمایش ۹۱٪ و ۴۲/۲۱ و در گروه آزمایش ۴۱٪ و ۴۰ سال می‌باشد. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از Test Levenes) و نرمال بودن با استفاده از (Shapiro-Wilk Test) برقرار است ( $p = ۰/۰۵$ ) لذا استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بلا مانع شناخته شد. نتایج نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده آزمودنی‌های گوه آزمایش و کنترل هر دو مرحله پس‌آزمون ( $p = ۳/۹۰$ ) و پیش‌آزمون ( $p = ۱/۲۵$ ) تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ ).

فرضیه اول: ذهن آگاهی در کاهش استرس دانشجویان تأثیر دارد

بنابراین بررسی ذهن آگاهی بر کاهش نمره استرس گروه آزمایش در پس‌آزمون و کنترل تأثیر داشته است. میزان تأثیر این آزمایش بر ذهن آگاهی در مرحله پس‌آزمون و پیش‌آزمون ۰/۶۶ و ۰/۳۸ به ترتیب درصد بود. همچنین میزان این تأثیر این مداخله بر کاهش استرس در مرحله پس‌آزمون و پیش‌آزمون به ترتیب ۰/۳۴ و ۰/۳۹ درصد بود.

فرضیه دوم: ذهن آگاهی در میزان کاهش افسردگی دانشجویان تأثیر دارد.

بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات کاهش افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله پس‌آزمون (۳۷۰/۳۳) و پیش‌آزمون ( $F = ۱۶۳/۳۶$ ) تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). بنابراین ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیش‌آزمون تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۹۶ درصد و در مرحله پیش‌آزمون ۹۲ درصد بوده است. بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات شدت افسردگی آزمودنی‌های گروه مداخله و شاهد در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیش‌آزمون ( $F = ۲۷/۴۵$ ) و پیش‌آزمون ( $F = ۸/۸۵$ ) تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ) بنابراین کاهش افسردگی و ذهن آگاهی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیش‌آزمون تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۵۴ درصد و در مرحله پیش‌آزمون ۵۰ درصد بوده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

## بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه نمرات افسردگی دانشجویان شرکت کننده در گروه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس نسبت به گروه کنترل در پس آزمون کاهش یافت که هماهنگ با سایر مطالعات است آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و استرس در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر می شود و همچنین بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده بک طبق نظر مربوط به شکست‌ها و باخته‌ای گذشته است. این افکار باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می شود. با کشف ارتباط بین خلق و افکار منفی می توان به درمان افسردگی پرداخت و از بازگشت مجدد آن پیشگیری کرد. بر این اساس ذهن آگاهی که ارتباط متفاوت با افکار ارائه می دهد. تأکید این روش بر آن نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع‌آوری شود و یا به آن پاسخ داده شود. بلکه تأکید بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفی است که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر صورت می گیرد (امیدی، ۲۰۰۸).

بنابراین آموزش ذهن آگاهی به افراد می آموزد چگونه مهارت‌های عادی واقع در موتور مرکزی را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی مانند تنفس یا حس لحظه متوجه کرده و شرایط را برای تغییر آماده نمایند. لذا به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش ماندگاری افسردگی جلوگیری می کند و چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار می گیرند. از این دیدگاه شانس گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می یابد. همچنین آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد؛ می تواند باعث شود که فرد توانایی خود را بشناسد؛ با استرس‌های زندگی مقابله نماید؛ از نظر شغلی موفق و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد؛ زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که افراد می آموزند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (نریمانی، ۲۰۱۲). آموزش ذهن آگاهی می تواند با وجود چنین روش‌های مثبتی نقش مهمی در کاهش افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی داشته باشد (کابت زینی، ۲۰۰۳).

در مطالعه هوول و همکاران ارتباط ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی هیجانی و بهزیستی اجتماعی بررسی شد و نظیر سایر مطالعات و بین بهزیستی و ذهن آگاهی ارتباط مثبتی مشاهده شد. (هول، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر به رشد تداوم آگاهی در طول روز و افزایش خود به خودی تجربه آگاهی اشاره دارد که بدون قصد قبلی فراهم می‌شود و به اثرات طولانی مدت ذهن آگاهی روی توجه افراد به محیط پیرامون و اتفاقات روزمره اشاره دارد که فرد با پذیرش و آگاهی هر چه تمام‌تر این رویدادها، سعی در رفع مشکلات روزمره آموزش ذهن آگاهی می‌تواند از عود افسردگی و اضطراب پیشگیری کند؛ و با افزایش ابراز وجود در افراد همراه است (مسعود، ۲۰۱۲). از سوی دیگر حجمی از مطالعات صورت گرفته در دهه اخیر، داده‌های فراوانی را در جهت حمایت از سودمندی و کارایی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس، علائم افسردگی، بهبود کارکردهای اجرایی شناختی مغز و حتی بیماری‌های جسمانی چون درد مزمن و سرطان فراهم آورده‌اند (جهانگیر پور، ۲۰۱۳) با وجود اینکه آموزش حضور ذهن مشکلات روش شناختی بسیاری دارد؛ اما بیانگر آن است که این روش می‌تواند به کاهش انواع شرایط مشکل‌زا از جمله استرس، اضطراب، افسردگی و اختلال خوردن منجر گردد ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتار منفی و افکار خودکار و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند و با ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات؛ می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید و با جلوگیری از نشخوار فکری باعث گسترش افکار جدید می‌شود (میلیانی، ۲۰۱۳) علاوه بر این ذهن آگاهی می‌تواند بهزیستی را به طور مستقیم از طریق روابط انسانی تشویق برانگیز، افزایش فهم نسبت به تجارب جاری و ارتقاء خودکنترلی و رفتار هدفمند ارتقاء دهد پست و وید نیز معتقدند اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به دلیل دخالت دادن باورهای معنوی یا مذهبی مراقبان در فرآیند درمان است این پژوهشگران، به طور کلی آن دسته از روش‌های روان‌درمانی که با رویکرد مذهبی، دعا و آموزش مفاهیم معنوی یا مذهبی همراه هستند را مؤثر می‌دانند. لذا ذهن آگاهی، با توانایی سازش و عملکرد هیجانی و بهبود سلامت روان، کیفیت خواب و لذت بردن از زندگی و تنش و نشانه‌های فیزیکی پایین، بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی، نگرش ناکارآمد و افکار خود آیند مرتبط است (پست و وید، ۲۰۱۳).

با توجه به نتایج فوق، می‌توان عنوان نمود درمان ذهن آگاهی یکی از رویکردهای درمانی جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. با این روش درمانی افکار فرد به‌عنوان حوادث ذهنی تجربه‌شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به‌عنوان ابرازی برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش بیماران، آموزش می‌بینند تا چرخه نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله گیرند. آموزش انعطاف‌پذیر روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و نیز چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات باعث کاهش افسردگی و نشخوار فکری می‌گردد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم اجرای پیگیری برای بررسی تداوم نتایج درمان، تک جنسیتی بودن و عدم بررسی تغییرات بالینی به دنبال مداخله اشاره نمود.



منابع

- امینی، فرهاد؛ فرهادی، علی. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تاثیر آنها بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. ماهنامه همایش دانشجو و بهداشت روانی.
- حیدری، لیلا (۱۳۹۱). بررسی رابطه ی بین ویژگی های شخصیتی و سبک های مقابله ای با افسردگی در دختران مجرد ۲۰ تا ۳۰ ساله شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- عباسی، علی؛ پناه عنبری، علی. (۱۳۸۰). بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۷۷-۷۸. مجله طب و تزکیه. شماره ۴۳.
- عویدی، منصور (۱۳۹۴). بررسی رابطه میان استرس، تاب آوری و امید به زندگی در بین زنان مطلقه شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- فتحی آشتیانی، علی؛ (۱۳۸۹). آزمون های روان شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان.
- موسوی، اکرم سادات (۱۳۸۸). مقایسه سبک های دلبستگی و مقابله ای در افراد مبتلا به سو مصرف مواد و غیر مبتلا. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- نصیری، حبیب الله؛ هاشمی، لادن؛ حسینی، سیده مریم. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز براساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL- BREF). سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ۳۶۵-۳۶۸.

- Hasanzadeh Taheri, M., Mogharab, M., Akhbari, S., Raeisoon, M., Hasanzadeh Taheri, E. (2011). Prevalence of depression among new registered students in Birjand University of Medical Sciences in the academic year. *J Birjand Uni Med Sci*, 18(2), 109-16. [Article in Persian]
- Azarmarzabadi, A. (2003). The role of cultural stress on the mental health of students Jannat al-Allah. *Proceedings of the Second National Seminar on Mental Health of Students*. University of Tarbiat Modarres. [Persian]
- Foroutani, M.R. (2005). Depression in some college students. *Iran J Nurs*, 18(1), 123-30. [Article in Persian]
- Goldin, P. R., Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91.
- Golpour Chamarkohi, R., Mohammadamini, Z. (2012). The efficacy of mindfulness based stress reduction on mindfulness and assertiveness of students with test anxiety. *Journal of School Psychology*, 1(3), 82-100. [Article in Persian]
- Halle, R. A. (2005). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract*, 10(2), 125-43.
- Hanasab zadeh Esfahani, M., Yekeh Yazdan Doost, R., Gharayi, B., Asghar Nejade Farid, A. (2009). Preliminary study of applicability of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study]. *Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 35-45. [Article in Persian]
- Hance, S. (2000). Acculturative stress, Depression and suicidal ideation in Mexican immigrants cultural diversity and *Ethnic Minority psychology*, 6(2): 632-651.

- Hoolee, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., Haglin, D. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 22(4), 716-721.
- Jahangirpour, M., Musavi, S., Khosrojavid, M., Salari, A., Rezaei, S. (2013). The effectiveness of group mindfulness training on depression, hostility and anxiety in individuals with coronary heart disease]. *Urmia Med J*, 24(9), 730-9. [Article in Persian]
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol Sci Pract*, 10(2), 144-56.
- Kaviani, H., Ahmadi Abhari, A. S., Nazari, H., Hormozi, K. (2000). Prevalence of depressive disorders in Tehran resident population (year 2000)]. *Tehran Univ Med J.*, 60(5), 393-9. [Article in Persian]
- Kaviani, H., Javaheri, F., Bahiray, H., (2005). Efficacy of mindfulnessbased cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: a sixty day followup]. *Adv Cogn Sci*, 7(1),49-59. [Article in Persian]
- Lotfinia, H., Yazdandost, R., Asgarnajad, A. A., Gharagi, B., Grocei, M. (2010). Effectiveness of problem solving therapy among depressed students]. *Med J Tabriz Univ Med Sci*, 31(4), 54-58. [Article in Persian]
- Masuda, A., Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Evid Based Complement Alternat Med*, 17(1), 66-71
- Melyani, M., Alahyari, A., Azad Falah, P., Fathi Ashtiani, A., Tavoli, A. (2013). Mindfulness based cognitive therapy versus cognitivebehavioral therapy on residual

symptoms in recurrent depression]. *Journal of Behavioral Sciences*, 7(2), 17-18. [Article in Persian]

- Narimani, M., Ariapooran, S., Abolghasemi, A., Ahadi, B. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims]. *J Arak Univ Med Sci*, 15(2), 107-118. [Article in Persian]
- Omidi, A., Mohammadkhani, P. (2008). Instruction of immediacy as a clinical intervention: empirical and conceptual review]. *Journal of Psychological Health*, 1(1), 29-38. [Article in Persian]
- Pooset, NA., Stanton, S. J., Greeson, J. M., Smoski, M. J., Weed, L. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 8(1), 56-64.
- Roth, B., Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic medicine* 66 (1): 113-23
- Salimzade, O., Pourhosein, R., Lavasani, M. (2014). Investigating the effect teaching mindfulness-based stress reduction in reducing psychological symptoms in adolescent boys in dorms. *International Journal of Behavioral Social and Movement Sciences*, 3(4), 44-9.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی



