

# رابطه ذهن آگاهی با تنظیم شناختی هیجان در بیماران با تشخیص اختلال افسردگی مزمن

امین ستاری<sup>۱</sup>

## چکیده

افسردگی عملکرد افراد در حوزه‌های مختلف انگیزشی، هیجانی، شناختی، رفتاری و زیستی را مختل می‌کند. از همین رو پژوهش حاضر با هدف تبیین رابطه ذهن آگاهی با تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در بیماران با تشخیص اختلال افسردگی مزمن صورت پذیرفت. این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران با تشخیص افسردگی مزمن بستری در مراکز نگهداری بیماران روانی مزمن شهر تهران بود. تعداد ۱۲۰ بیمار به عنوان نمونه از ۶ مرکز انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) (BDI-II)، پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی (FFMQ) بائر و همکاران (۲۰۰۶)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) بود. از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون توسط نرم‌افزار SPSS-21 استفاده شد. نتایج نشان داد بین مجموع ۵ عامل ذهن آگاهی و نمره کل این مؤلفه با همه متغیرهای پیش‌بین تنظیم شناختی هیجان ( $p=0/001$ ) رابطه معناداری وجود دارد. مؤلفه تنظیم شناختی هیجان با خرده مقیاس توصیف (۰/۴۳۱) و ذهن آگاهی کلی (۰/۵۱۳). بالاترین سطح همبستگی را نشان داد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تنظیم شناختی هیجان از ذهن آگاهی را در بیماران با تشخیص افسردگی مزمن پیش‌بینی می‌کند ( $R^2=0/315$ ). نتیجه گرفته شد که تنظیم شناختی هیجان تبیین معناداری از ذهن آگاهی ارائه می‌دهند.

**کلمات کلیدی:** تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی، افسردگی.

## مقدمه

از جمله مهم‌ترین اولویتهای بهداشتی در دنیای امروز مسئله افسردگی هست که به عنوان یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی است که حرفه‌های سلامت روانی با آن مواجه هستند، به طوری که امروزه افسردگی را سرماخوردگی روانی می‌دانند و بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰، پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین بیماری تهدیدکننده سلامت و حیات انسان در سراسر جهان خواهد بود (هوجمن و میراندا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). با عمق یافتن و مزمن شدن افسردگی علائم بیشتری اضافه می‌شود. این علائم شامل تغییرات هیجانی فزون‌تر (احساس غمگینی و ناامیدی مفرط)، تغییرات شناختی (عزت‌نفس پایین، گناه و تقصیر، اشکال در حافظه و مشکلات تمرکزی)، تغییرات در رفتار و انگیزش (احساس بی‌قراری و کندي، کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی) و تغییرات جسمی (خواب، مسائل خوردن و جنسی و از دست دادن انرژی) است (گیلبرت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

در DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳) تشخیص مزمن بودن افسردگی، بر اساس دو اختلال افسردگی عمده مزمن و افسرده‌خویی است که در اختلال افسردگی مداوم تبیین می‌شود (ملوچیانیس و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس، بیمار با نشانه‌های افسردگی اساسی، به عنوان نوع حاد افسردگی و نیز با علائم با شدت کمتر در افسرده‌خویی، بسته به طولانی شدن دوره بیماری (حداقل دو سال در بزرگسالان و یک سال در کودکان و نوجوانان)، تشخیص مزمن شدن افسردگی را دریافت می‌کند (فاولر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). ولی آنچه مهم است عواملی است که در ایجاد افسردگی مزمن، به عنوان عوامل تداوم بخش افسردگی، به آن‌ها کمتر توجه شده و موجب مقاومت در درمان آن می‌شود (براون و ریان<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸؛ کلاین و همکاران، ۲۰۱۴). این موضوع در شرایطی است که در مطالعات متعددی به شناسایی عوامل آسیب‌پذیری هر یک از اختلالات افسردگی توجه شده و به عواملی که موجبات مزمن بودن افسردگی را فراهم می‌کند، کمتر پرداخته شده است (گیلبرت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷).

ذهن‌آگاهی باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی و کاهش افسردگی و خشم می‌شود (لومن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت خلق افسرده دارد (رنجبر، قاسم‌زاده و افروز، ۱۳۹۹). تعاریف مختلف از ذهن‌آگاهی، سه ویژگی اساسی را منعکس می‌کنند؛ (۱) توجه و آگاهی متمرکز بر زمان حال (۲) قصد یا هدفمندی، که مؤلفه انگیزشی را به توجه و رفتار شخص اضافه می‌کند

1. Hojman, D. A., & Miranda, Á.
2. Gilmer, W.S.
3. American Psychiatric Association.
4. Fowler, J. C.
5. Brown, K.W., Ryan, R.M.
6. Gilbert, P.
7. Luhmann, M.

و ۳) نگرش، که نحوه‌ی توجه کردن فرد را نشان می‌دهد، یا وضعیتی که شخص در هنگام توجه کردن دارد؛ نظیر علاقه، کنجکاوی، عدم قضاوت، پذیرش و پاسخ‌دهنده بودن است (میکلوویتز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). طبق نظر بک موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده مربوط به شکست‌ها و باخت‌های گذشته است. این افکار باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می‌شود و با کشف ارتباط بین خلق و افکار منفی می‌توان به درمان افسردگی پرداخت و از بازگشت مجدد آن پیشگیری کرد (بک، ۱۹۶۷؛ به نقل از مور، ۲۰۱۷).

تنظیم شناختی هیجان از جمله مؤلفه‌هایی است که در ارتباط با افسردگی و ذهن‌آگاهی مطرح گردیده است (بینگ ما و فانگ، ۲۰۱۹؛ سلاجقه، امامی پور و ماهانی، ۱۳۹۸؛ راکی و نادری، ۱۳۹۷؛ قاشوقچی، قریشی راد و واقف، ۱۳۹۶؛ فیروز، حسینی و محمدی فر، ۱۳۹۶) بود. تنظیم هیجان به اعمالی، اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود و شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است که به عنوان فرآیندهای بیرونی و درونی دخیل در واکنش‌های هیجانی تعریف شده است (توماس، ۲۰۱۶). گرانفسکی و کرایچ<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان را کنش‌هایی می‌نامند که نشانگر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار است (فاسبینگر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). ۹ راهبرد متفاوت تنظیم‌شناختی عبارتند از: سرزنش خود، پذیرش، توجه مثبت مجدد، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری و دیدگاه‌گیری (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در تعامل با ناگوئی خلقی که به عنوان ناتوانی در پردازش شناخت‌ها و تنظیم هیجان‌ها تعریف می‌شوند، مشکلات بیماران مبتلا به افسردگی مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (علیزاده، هاشمزاده و هاشمی، ۲۰۱۵). لذا فرض می‌شود این مؤلفه، نقش مهم و قابل توجهی در افسردگی داشته باشد (بایلسما و همکاران، ۲۰۰۸؛ لیورانت و همکاران، ۲۰۰۸؛ گروس، ۲۰۰۷). به طوری که شواهد پژوهشی نشان داده تنظیم هیجانی با تغییر فرآیندهای هیجانی و شناختی افراد، عامل اصلی تأثیرگذار در بروز افسردگی است (گلداین و گروس، ۲۰۱۰؛ نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی، ۲۰۱۲). در واقع ذهن‌آگاهی این امکان را برای فرد افسرده فراهم می‌سازد تا در عرصه روابط عاطفی و اجتماعی بتواند هیجان را مدیریت و در نتیجه مشکلات بین شخصی کمتری را تجربه نمایند (کوله، وینسنت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). و به‌طور مستقیم و نیز غیرمستقیم و از طریق متغیرهای واسطه‌ای تنظیم هیجان، افسردگی را کاهش داده و به افزایش بهزیستی روان‌شناختی منجر شود. بنابراین یکی از مداخلات مرتبط با تنظیم هیجان افراد افسرده ذهن‌آگاهی است (هوول و همکاران، ۲۰۱۹؛ براون و ریان، ۲۰۱۸). افراد ذهن‌آگاه در شناخت و تنظیم

1. Miklowitz, D. J.
2. Garnefski, N., Kraaij, V.
3. Fassbinder, E.
4. Colle, K. F. F., Vincent, A

هیجان روزمره توانا تر هستند (استاتز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵؛ زیدان<sup>۲</sup> و جانسون، ۲۰۱۸). در واقع، وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد؛ توانایی ما برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مانند افسردگی افزایش می‌یابد. در نتیجه ما می‌توانیم خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنیم و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و افسردگی کنترل نشویم بلکه می‌توانیم از اطلاعات برخاسته از این حالت‌ها استفاده کنیم و با هیجان‌ها، همراه باشیم و در نتیجه تنظیم هیجان خود را افزایش دهیم (کرد و رهبری، ۲۰۲۰).

در واقع استفاده از درمان‌های ذهن آگاهی و بهبود هیجان‌های متعاقب آن، منجر به ارتقاء توانایی فرد برای نظم‌جویی هیجان‌ها و بهبود عملکرد کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد تا به جای تلاش برای سرکوبی هیجان و اجتناب از آن‌ها، هیجان‌های خود را بپذیرد (هوم، کیم و لی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان دادند که درمان ذهن آگاهی با نمرات پایین‌تر در بدتنظیمی هیجان و اجتناب از هیجان مرتبط است. با توجه به چنین یافته‌هایی، به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی می‌تواند با تنظیم شناختی هیجان در افراد افسرده مزمن نیز در ارتباط باشد. با توجه به اینکه از یکسو در مراکز شبانه‌روزی بیماران اعصاب و روان مزمن فضا از نظر عاطفی، هیجانی و اجتماعی مشکلات اساسی دارد و اکثر بیماران ساکن در این مراکز از نظر تحول روانی، اجتماعی و شناختی از همسالان خود، که با خانواده زندگی می‌کنند، عقب‌تر هستند (پیت و هوگارد<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹) و از سویی دیگر با توجه به اهمیت افسردگی در این بیماران و لزوم روشننگری در خصوص جزئیات روان‌شناختی مرتبط در کنار رفع نیازهای اولیه این قشر جامعه، که به افزایش توانمندی بیشتر این افراد و حضور اثربخش‌تر آن‌ها در جامعه آینده منجر می‌شود، در پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین ذهن آگاهی با تنظیم شناختی هیجان در بیماران با تشخیص اختلال افسردگی مزمن پرداخته شد.

## روش پژوهش

طرح مطالعه حاضر توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی بیماران با تشخیص افسردگی مزمن بستری در مراکز نگهداری بیماران روانی مزمن شهر تهران بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از بین بیماران با تشخیص افسردگی مزمن بستری در ۶ مرکز شبانه‌روزی توان بخشی بیماران روانی مزمن ۱۲۰ نفر انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل افرادی در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سالگی بود که حداقل دو سال سابقه بستری داشته و از

1. Statz, A
2. Zeidan, F., Johnson, S. K
3. Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H.
4. Piet, J., & Hougaard, E.

۳ ماه قبل، تحت هیچ درمان روان‌شناختی دیگری قرار نگرفته بودند. گرفتن نمره بالاتر از ۳۰ در پرسشنامه افسردگی بک و ثابت بودن دوز دارویی برای ۴ هفته نیز از جمله معیارهای ورود بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل سوءمصرف مواد، وجود بیماری‌های جسمی که سبب علائم می‌باشند (مانند بدکاری تیروئید) نیز مد نظر قرار گرفت.

## ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم)<sup>۱</sup> (BDI-II): این پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای توسط بک، استیر و براون<sup>۲</sup> (۱۹۹۶)، بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ برای هر ماده تدوین شده است. فنی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۴) با اجرای آن در مورد نمونه ۱۹ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دو نیمه را ۰/۸۹ و پایایی باز آزمایشی به فاصله یک هفته آن را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. کاویانی (۱۳۸۷) در پژوهش خود ضریب روایی آن را ۰/۷۰، ضریب پایایی ۰/۷۷ و همسانی درونی آن را ۰/۹۱ و بشارت (۱۳۸۳) ضریب آلفای کرونباخ آن را برای نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار و بیمار در دو نوبت با فاصله یک هفته تا ده روز برای سنجش پایایی باز آزمایشی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ محاسبه شد. در پژوهش زمستانی و فاضلی نیکو (۱۳۹۸) نیز ضرایب روایی همگرا و آلفای کرونباخ این مقیاس به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۲ به دست آمد. اعتبار مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

۲) پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی (FFMQ)<sup>۳</sup>: مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شد. عامل‌های این مقیاس شامل: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیرواکنشی بودن (براون، ریان و کراسول، ۲۰۰۷). آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز و یا بسیار به ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ می‌باشد. از جمع نمرات هر زیر مقیاس یک نمره کلی به دست می‌آید که نشان می‌دهد که هرچه نمره بالاتر باشد ذهن آگاهی هم بیشتر است. بر اساس نتایج، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیرواکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نئوسر، ۲۰۱۰؛ نقل از احمدوند، ۱۳۹۱). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-باز آزمون پرسشنامه FFMQ نمونه ایرانی بین ۰/۵۷<sup>۴</sup> (مربوط به

1. Beck Depression Inventory-II (BDI- II)

2. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K.

3. Five fact mindfulness questionnaire

عامل غیرقضاوتی بودن) و  $r = 0/84$  (عامل مشاهده) مشاهده گردید. هم‌چنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین  $\alpha = 0/55$  مربوط به عامل غیرواکنشی بودن و  $\alpha = 0/83$  مربوط به عامل توصیف) به دست آمد (احمدوند، ۱۳۹۱). اعتبار مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ  $0/88$  به دست آمد.

۳ پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان: توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است، این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۳۶ ماده بصورت لیکرتی پنج درجه‌ای و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه (۹) راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه  $0/71$  تا  $0/81$  گزارش شده است. کفایت روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط سامانی و صادقی (۲۰۱۱) مطلوب گزارش شده است. ضریب آلفا برای این عوامل در پژوهش سامانی و صادقی در دامنه  $0/62$  تا  $0/91$  و ضریب بازآزمایی آن در دامنه  $0/79$  تا  $0/88$  گزارش شده است. اعتبار مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ  $0/91$  به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون در راستای بررسی رابطه متغیرهای پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

## یافته‌های پژوهش

اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌های پژوهش بیانگر آن بود که نمونه‌ی کلی تحقیق شامل ۱۲۰ بیمار است که در دامنه سنی ( $50-20$  سال) قرار داشتند. نوع پذیرش این افراد در سه‌طبقه مجهول با ۵۵ نفر، یارانه با ۶۰ نفر و بیمار با پذیرش آزاد به تعداد ۵ نفر بود. بیش‌ترین فراوانی گروه سنی در دامنه‌ی ۳۵-۴۲ سال با فراوانی  $40(33,33\%)$  هست. در سطح تحصیلات بالا، دارای سیکل با ۴۵ نفر ( $37,5$  درصد) در مؤلفه سابقه بستری ۵۵ نفر ۴-۳ سال ( $45,83\%$  درصد) در مراکز بیماران روانی مزمن بستری بوده‌اند. در وضعیت تأهل؛  $64,17$  درصد افراد نمونه مجرد،  $10,83$  درصد متأهل و  $25$  درصد مطلقه بودند.  $91,33$  درصد از گروه نمونه هیچ‌گونه دوره آموزشی خاصی ندیده بودند.  $72,5$  درصد این افراد سابقه اختلال در اعضای خانواده را گزارش کرده‌اند. و بیشترین فراوانی ( $53,33\%$  درصد) علت بروز اختلال ژنتیک بوده است. در سابقه وجود تشخیص همایند؛ اسکیزوفرنی و افسردگی با  $41,67$ ، ناپهنجاری مغزی با  $2,5$  درصد و نیز بیشترین فراوانی با  $55,83$  درصد بدون هیچ‌گونه تشخیص همایندی بودند. اکثر گروه نمونه با  $44,17$  درصد در گروه با وضعیت اقتصادی متوسط قرار داشتند.

زمان شروع ۶۶٫۶۷ درصد افراد نیز از دوره نوجوانی بوده است. در خصوص سابقه اشتغال نیز، بیش‌ترین فراوانی با ۹۷٫۵ درصد مربوط به بیکاری است.

در ادامه و در جدول ۲، خلاصه شاخص‌های آماری نمرات آزمودنی‌ها در هریک از متغیرها ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها/ شاخص آماری	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
مشاهده	۸	۳۴	۱۸/۳۳	۸/۶۷
عمل توأم با آگاهی	۱۰	۳۵	۲۱/۳۰	۸/۸۷
غیر قضاوتی بودن	۱۰	۳۵	۱۷/۳۰	۸/۰۲
توصیف	۷	۳۵	۱۹/۳۴	۸/۳۱
غیر واکنشی بودن	۷	۳۳	۲۱/۱۲	۸/۷۶
نمره کلی ذهن آگاهی	۵۰	۱۶۸	۹۹/۹۳	۴۰/۰۳
بهبزستی روان‌شناختی	۳۰	۱۰۱	۷۳/۴۵	۱۹/۷۸

در ادامه جهت بررسی میزان و تبیین رابطه‌ی مؤلفه‌های ذهن آگاهی با تنظیم شناختی هیجان از روش همبستگی استفاده گردید که نتایج حاصل از روش در جدول ۳ ارائه گردیده است. همان‌گونه که گزارش شده است، بین مجموع ۵ عامل ذهن آگاهی و نمره کل این مؤلفه با تنظیم‌شناختی در سطح (۰/۰۰۱) رابطه معناداری به دست آمد. در مؤلفه تنظیم شناختی هیجان با خرده مقیاس توصیف (۰/۴۳۱) و ذهن آگاهی کلی (۰/۵۱۳). بالاترین سطح همبستگی را نشان داد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
مشاهده	-						
توصیف	۰/۱۴۵**	-					
عمل توأم با هوشیاری	۰/۱۵۳**	۰/۰۱۹	-				
غیر قضاوتی بودن	۰/۲۳۱**	۰/۰۹۷	۰/۰۰۹	-			
غیر واکنشی بودن	۰/۲۴۴**	۰/۱۳۴*	۰/۰۰۸	۰/۱۵۸**	-		
ذهن آگاهی کلی	۰/۲۶۲**	۰/۲۷۰**	۰/۲۳۴**	۰/۲۲۳**	۰/۲۶۴**	-	
تنظیم شناختی هیجان	۰/۲۳۴**	۰/۴۳۱**	۰/۳۵۶	۰/۲۸۱**	۰/۳۰۱**	۰/۵۱۳**	۰/۱۹۹**

در ادامه جهت بررسی تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی ذهن‌گامی تحلیل رگرسیون ارائه شده است. ابتدا جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کالموگروف اسمیرنوف نحوه پارامتریک بودن یا ناپارامتریک بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳. آزمون کالموگروف- اسمیرنوف به منظور بررسی نرمالیتی داده‌ها، آزمون استقلال خطاها و شاخص‌های خطی بودن

متغیر	آزمون کالموگروف - اسمیرنوف			آزمون استقلال خطاها		آزمون شاخص‌های خطی بودن مدل	
	تعداد	میانگین	Z	sig	Durbin-Watson	Tolerance	VIF
تنظیم شناختی هیجان	۱۲۰	۳/۱۲۰	۱/۰۹۰	،۱۷۳	۱/۹۱۳	۱۳/۸۷۶	۰/۵۵۶

با توجه به نتایج معیار تصمیم (P-Value) که این مقدار بیشتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ است. بنابراین دلیلی برای رد این فرض که نمونه مورد نظر از توزیع نرمال بدست آمده است وجود ندارد. به این معنا متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار است. آزمون استقلال خطاهای دوربین واتسون نیز بیانگر عدم وجود خود همبستگی می‌باشد که حالت مطلوب در فرضیات اصلی مربوط به باقیمانده‌ها در تحلیل رگرسیون می‌باشد. در واقع آماره در بازه ۱،۵ تا ۲،۵ قرار گرفته است که فرض صفر آزمون (عدم همبستگی بین خطاها) پذیرفته می‌شود. همچنین شاخص‌های تولرانس و VIF نشان می‌دهند که بین متغیرهای پیش‌بین هم خطی چندگانه وجود ندارد. در واقع هر یک می‌توانند نقش مستقلی در تبیین پراکندگی نمرات ذهن آگاهی داشته باشند.

در ادامه در راستای بررسی نقش تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی ذهن‌آگاهی از تحلیل رگرسیون استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ گزارش گردیده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی ذهن آگاهی بر اساس تنظیم شناختی هیجان

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات		درجات آزادی		مجموع مجذورات	مدل
۰/۰۰۱	۲۲/۵۴۵	۴۰/۱۹۰۱		۲		۴۰/۱۹۰۱	رگرسیون
		۱۷/۳۱۲		۱۱۷		۷۸۱/۰۷۸	باقی مانده
				۱۱۹		۱۱۸۲/۹۷۹	کل
T(p)	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		ARS	R2	R	متغیرهای پیش‌بین
		B	SE				
(۰/۰۰۰)	-	۱۲/۶۷۶	۰/۹۶۲				Constant
(۰/۰۰۳)	۰/۲۸۳	۲/۵۵۹	۰/۵۲۶	۰/۳۲۵	۰/۳۱۵	۰/۶۲۱	تنظیم شناختی هیجان



نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که مقدار  $F(23/669)$  با درجه آزادی ۲ و ۱۱۷ به لحاظ آماری معنادار است که این امر بیانگر این است که تنظیم شناختی هیجان تبیین معناداری از ذهن آگاهی دارد. در واقع همان طور که در جدول فوق نیز مشاهده می شود نسبت مقدار  $F$  بیانگر ارتباط این متغیر با ذهن آگاهی (۰/۰۱) است. در ادامه جدول، سهم این مؤلفه در پیش بینی ذهن آگاهی گزارش شده است. اطلاعات مربوط به ضریب تعیین و نسبت های حاصل از تحلیل رگرسیون تنظیم شناختی هیجان با توجه به جدول فوق نشان می دهد که تنظیم شناختی هیجان به تنهایی قادر است ۳۱۵ درصد ( $R^2=0/315$ ) از ذهن آگاهی را تبیین کند.

### بحث و نتیجه گیری

افکار در افراد افسرده مربوط به شکست ها و باخت های گذشته است. این افکار باعث شکل گیری باورهای منفی در فرد می شود و با کشف ارتباط بین خلق و افکار منفی می توان به درمان افسردگی پرداخت و از بازگشت مجدد آن پیشگیری کرد (بک، ۱۹۶۷؛ نقل از گیلبرت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). بر این اساس ذهن آگاهی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می دهد. تأکید این روش بر آن نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع آوری 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 (دیمیدجیان، گودمن و فلدر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). بنابراین آموزش ذهن آگاهی به افراد می آموزد چگونه مهارت های عاداتی 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 کارگرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می کند و چرخه های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار می گیرند. از مؤلفه های دیگر تعدیل گر در ارتباط بین ذهن آگاهی و افسردگی تنظیم شناختی هیجان هست. به طوری که شواهد پژوهشی نشان داده تنظیم هیجانی با تغییر فرآیندهای هیجانی و شناختی افراد، عامل اصلی تأثیرگذار در بروز افسردگی است (گلداین و گروس، ۲۰۱۰؛ نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی، ۲۰۱۲). از سویی دیگر ذهن آگاهی این امکان را برای فرد فراهم می سازد تا در عرصه روابط عاطفی و اجتماعی بتوانند هیجان را مدیریت و در نتیجه مشکلات بین شخصی کمتری را تجربه نمایند (کوله و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه پیشینه پژوهشی مطرح، در این پژوهش به شناخت هرچه بیشتر ذهن آگاهی و ارتباطش با سایر مؤلفه های روان شناختی جهت افزایش و تقویت تنظیم شناختی هیجان بیماران با تشخیص اختلال افسردگی مزمن پرداخته شده است.

1. Gilbert, P.

2. Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder

یافته‌ها نشان داد که بین ذهن آگاهی با تنظیم شناختی هیجان در بیماران با تشخیص اختلال افسردگی مزمن رابطه وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های یینگ ما و فانگ (۲۰۱۹)، سلاجقه، امامی پور و ماهانی (۱۳۹۸)، راکی و نادری (۱۳۹۷)، قاشوقچی، قریشی راد و واقف (۱۳۹۶)، فیروز، حسینی و محمدی فر (۱۳۹۶) بود. به نظر می‌رسد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در تعامل با ناگوئی خلقی که به عنوان ناتوانی در پردازش شناخت‌ها و تنظیم هیجان‌ها تعریف می‌شوند، مشکلات بیماران مبتلا به افسردگی مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (علیزاده، هاشمزاده و هاشمی، ۲۰۱۵). لذا فرض می‌شود این مؤلفه، نقش مهم و قابل توجهی در افسردگی داشته باشد (بایلسما و همکاران، ۲۰۰۸؛ لیورانت و همکاران، ۲۰۰۸؛ گروس، ۲۰۰۷). به طوری که شواهد پژوهشی نشان داده تنظیم هیجانی با تغییر فرآیندهای هیجانی و شناختی افراد، عامل اصلی تأثیرگذار در بروز افسردگی است. از سویی دیگر ذهن آگاهی این امکان را برای فرد فراهم می‌سازد تا در عرصه روابط عاطفی و اجتماعی بتوانند هیجان را مدیریت و در نتیجه مشکلات بین شخصی کمتری را تجربه نمایند (کوله و همکاران، ۲۰۱۰).

در واقع استفاده از درمان‌های ذهن آگاهی و بهبود هیجان‌های متعاقب آن، منجر به ارتقاء توانائی فرد برای نظم جوئی هیجان‌ها و بهبود عملکرد کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد تا به جای تلاش برای سرکوبی هیجان و اجتناب از آن‌ها، هیجان‌های خود را بپذیرد (هوم و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان دادند که درمان ذهن آگاهی با نمرات پایین‌تر در بدتنظیمی هیجان و اجتناب از هیجان مرتبط است. با توجه به چنین یافته‌هایی، به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی می‌تواند با تنظیم شناختی هیجان در افراد افسره مزمن نیز در ارتباط باشد. پژوهش حاضر، همچون سایر پژوهش‌ها خالی از محدودیت نبوده و محدودیت‌های چندی را به همراه داشت که اجرای پژوهش برای نمونه مرد که تعمیم نتایج به جامعه زنان را با مشکل مواجه می‌کند. محدود بودن نمونه پژوهش و عدم همکاری کامل بیماران و خستگی سریع جسمی و روحی در مرحله اجرای پرسشنامه‌ها از جمله این موارد بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی متغیرهای مطرح را در رابطه با سایر اختلالات روان مزمن مورد استفاده قرار دهند. همچنین به درمانگران و متخصصان حوزه افسردگی پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی با تعداد نمونه بیشتر، بر روی جامعه زنان مزمن با تشخیص افسردگی مزمن و در سایر نقاط و مراکز توانبخشی کشور و سایر دامنه‌های سنی نیز اجرا گردد. همچنین تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر سایر جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی بیماران افسرده خفیف تا شدید نیز بررسی شود. به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود که در کار با افراد افسرده درمان ذهن آگاهی را به عنوان الگویی جهت افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، و تنظیم شناختی هیجان به کار گیرند.

## منابع و مأخذ

منابع فارسی:

- بشارت، م.ع. (۱۳۸۳). بررسی مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی بک. گزارش پژوهشی دانشگاه تهران.
- راکی، ش. و نادری، ف. (۱۳۹۷). به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب رقابتی ورزشکاران زن. نشریه روان پرستاری. ۶(۶): ۱۷-۲۶.
- رنجبر، س.، قاسم زاده، سوگند، افروز، غلامعلی. و بساطی، عرفان. (۱۳۹۹). بررسی رابطه تنظیم شناختی هیجان و ذهن‌آگاهی با تفکر انتقادی، ششمین همایش بین‌المللی روان‌شناسی مدرسه، تهران.
- زمستانی، م.، و فاضلی نیکو، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. فصلنامه روانشناسی کاربردی. ۱۳(۴۹): ۱۱۹-۱۳۹.
- سلاجقه، س.، امامی پور، س. و و ماهانی، ک. (۱۳۹۸). الگوی ساختاری روابط بین ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر اساس نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان سینه. فصلنامه روانشناسی کاربردی. ۱۳(۱): ۷۹-۹۸.
- فاضلی، ا. و شبانی، ش. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده. مجله اندیشه و رفتار. ۳(۱۲): ۱۲-۳۲.
- فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م.، و دابسون، ک. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری طرحواره‌ها و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. مقایسه دو چارچوب مفهوم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۱(۳): ۳۲۶-۳۱۲.
- فیروز، ع.، حسینی، ش.، و محمدی فر، م.ع. (۱۳۹۶). رابطه تنظیم هیجانی با افسردگی و اضطراب: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت. ۴(۲): ۲۳-۱۲.
- قاشوقچی، ف.، قریشی راد، ف. و واقف، ل. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان دردانشجویان خوابگاهی. کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روانشناسی و مطالعات فرهنگی-اجتماعی.
- کاویانی، ح.، حاتمی، ن.، شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۰(۴)، ۴۸-۳۹.

### منابع لاتین:

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Washington DCLondon, and England: Author.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, 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. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 539-544.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. (2018). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*; 84(4):822-48.
- Colle, K. F. F., Vincent, A., Cha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(1), 36-40
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(2): 134-145.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7(1): 13-73.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8): 1311-1327.
- Gilbert, P. *Psychotherapy and counselling for depression*. Third ed. London: SAGE Publications Ltd; 2017.
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitivetherapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health*, 17(5), 373-387.
- Gratz, K.L., Gunderson, J.G., 2016. Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion RegulationGroup Intervention for Deliberate Self-Harm Among WomenWith Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37: 25–35
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families*:
- Hojman, D. A., & Miranda, Á. (2018). Agency, Human Dignity, and Subjective Well-being. *World Development*, 101(Supplement C): 1-15.
- Howell, A. J., Digdon, N., Buro, K. (2019), "Mindfulness predicts sleep-related selfregulation and well-being", *Personality and Individual Differences*, 48, 419-424.
- Kieviet-Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig W. (2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Educ Couns.*; 72(3):436-42.

- Luhmann, M. (2017). Using big data to study subjective well-being. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 18(Supplement C): 28-33
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E. Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G.N. & Zervas, L. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-29.
- Moore, A. (2019). Malinowski P. Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*; 18(1):176-86.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2019). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6): 1032-1040.
- Statz, A. (2015). Effectiveness of MBSR and MBCT in Reducing Clinical Symptoms in Adolescents. *Master of Social Work Clinical Research Papers*, 525, 1-63.
- Thomas J. (2016). "Mindfulness: Calm Amid the Tempest of Cancer." *JOURNAL OF PSYCHOSOCIAL ONCOLOGY*. 12(1/2): 34.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2018). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*, 19(2), 597-605.



## The relationship between mindfulness and cognitive emotion regulation in patients diagnosed with chronic depressive disorder

### Abstract

Depression disrupts the functioning of individuals in a variety of motivational, emotional, cognitive, behavioral, and biological domains. Therefore, the present study aimed to explain the relationship between mindfulness and cognitive emotion regulation and cognitive flexibility in patients diagnosed with chronic depressive disorder. This study was a descriptive correlational study. The statistical population included all patients with a diagnosis of chronic depression hospitalized in chronic mental health centers in Tehran. A total of 120 patients were selected as a sample from 6 centers. The research instruments included Beck Depression Inventory (Second Edition) (BDI-II), 5-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ) Bauer et al. (2006), and Garfnsky et al. (2001) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Pearson correlation coefficient and regression tests were used by SPSS-21 software. The results showed that there is a significant relationship between the total of 5 factors of mindfulness and the total score of this component with all the predictor variables of cognitive emotion ( $p= 0.001$ ). Cognitive emotion regulation component with descriptive subscale (0.431) and general mindfulness (0.513). Showed the highest level of correlation. The results of regression analysis showed that cognitive regulation predicts mindfulness emotion in patients with a diagnosis of chronic depression ( $R^2 = 0.315$ ). It was concluded that cognitive regulation of emotion provides a meaningful explanation of mindfulness.

**Keywords:** Cognitive emotion regulation, Mindfulness, Depression