

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی

سمانه محمدپور^۱، فخری تاجیک زاده^{۲*}، نورالله محمدی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

مقدمه: توجه به حالات روانشناختی زنان باردار مبتلا به افسردگی به دلیل تاثیر نیرومند بر سير و پیش‌آگهی بیماری و کیفیت زندگی آن‌ها بسیار مهم است پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره پیگیری (۱ ماه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان باردار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مرکز سلامت جامعه شهرستان کوهدشت از ابتدای آذر ماه تا پایان بهمن ۱۳۹۴ بودند. در این پژوهش ۲۴ نفر از زنان باردار مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مرکز به روش غیر تصادفی داوطلبانه انتخاب شدند در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و با استفاده از نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی، پرسشنامه افسردگی بک پرسشنامه نشخوار ذهنی و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند و داده‌ها با اس. پی. اس. ۲۱ و روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که، میانگین نمرات افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد گروه آزمایش به طور معناداری کاهش یافت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌توان پیشنهاد داد که طی کارآزمایی‌های بالینی مناسب کاهش علائم روانشناختی زنان باردار مبتلا به افسردگی مورد توجه قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، نشخوار ذهنی، نگرش‌های ناکارآمد.

*Email: f.tajikzade@shirazu.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۱، پیاپی ۳۰
بهار و تابستان ۱۳۹۷
صص: ۱۸۷-۱۹۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۱۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 1, Serial 30

Spring & Summer
2018

pp.: 187-198

مقدمه

دوره‌ی بارداری، دورانی دگرگون‌کننده در زنان به شمار می‌رود. این دوران به تغییرات جسمی و روانشناختی در زنان منجر می‌شود که واکنش زنان به این شرایط از فردی به فرد دیگر متفاوت است. پژوهش‌ها نشان داده است که ۳۶ درصد زنان باردار^۱ دوران سختی را در بارداری سپری می‌کنند و مسایل و مشکلات خصوصاً روانی را تحمل می‌کنند [۱].

اختلال افسردگی^۲ از اختلالات شایع در بین افراد، خصوصاً زنان باردار به شمار می‌رود. زنان بسیاری در دوران بارداری حتی چندین ماه پس از زایمان، به دلیل تغییرات هورمونی و همچنین شرایط خانوادگی و اجتماعی دچار بحران‌های ناشی از افسردگی می‌گردند [۲].

افسردگی عاملی تهدید کننده برای سلامت جسمانی و روانی مادر و جنین محسوب می‌شود. بنابراین توجه به درمان افسردگی، عاملی تضمین کننده برای حفظ سلامتی مادر و جنین محسوب می‌شود. یکی از درمان‌های موثر که پژوهش‌های بسیاری از آن حمایت کرده‌اند، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ است [۳]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک فرایند فرا شناختی است که دارای دو مولفه می‌باشد: (۱) خود تنظیمی توجه، که شامل تقویت توجه، تغییر توجه و بازداری پردازش تفصیلی همراه با (۲) یک جهت‌گیری کنجکاوانه، گشودگی به تجربه و پذیرش به سمت همه‌ی جنبه‌های تجارب لحظه‌ای، مثل افکار، احساس و ادراک می‌باشد [۴]. پژوهش‌های مختلفی از تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش و بهبود علائم افسردگی حمایت کرده است [۵]. تمرینات مورد استفاده در این پروتکل درمانی در کاهش علائم افسردگی موثر است [۶].

افسردگی عاملی پرخطر و مورد توجه در زنان باردار محسوب می‌شود. احتمال وقوع افسردگی در طول بارداری و پس از آن وجود دارد. افسردگی در این دوران نه تنها بر مادر اثر دارد بلکه بر نوع زایمان و سلامت نوزاد نیز تاثیر دارد. بنابراین، پیشگیری و مداخله در این مورد عاملی قابل توجه و پراهمیت محسوب می‌شود. پژوهش‌های مختلف نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم افسردگی در افراد تحت خطر موثر است و اخیراً موثر بودن این درمان خصوصاً در میان زنان باردار تایید شده است [۷].

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی زنان باردار را بهبود می‌بخشد و به کاهش عوامل خطر ساز کمک

می‌کند [۸]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان باردار مبتلا به اختلال افسردگی، درمانی موثر بوده است و با کاهش علائم افسردگی و دوقطبی، سلامت مادر و جنین تضمین شده است و مادر بهتر دوران بارداری و سپس زایمان و پس از آن را سپری کرده است. همچنین کاهش این علائم، رابطه‌ی مادر و کودک را نیز پس از زایمان بهبود بخشیده است [۹]. پژوهشگران دریافتند که تمرینات ذهن‌آگاهی در تنظیم هیجانات و کاهش علائم افسردگی در جوانان افسرده نقش دارد [۱۰]. پژوهش‌های مختلفی از موثر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان باردار حمایت کرده است [۱۱، ۱۲، ۱۳]. پژوهشگران [۱۴]، زنان باردار پس از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس را نشان دادند و همچنین در دوره‌ی پس از زایمان نیز پیشرفت نشان دادند و این تغییرات در گروه کنترل دیده نشد. پژوهش حقیقت و همکاران [۱۵] از اثر بخش بودن برنامه‌های آموزش مادری ذهن‌آگاهانه بر کیفیت زندگی زنان باردار حمایت کرده است.

عوامل دیگری که می‌تواند همراه با علائم افسردگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد، نشخوار ذهنی^۴ و نگرش‌های ناکارآمد^۵ می‌باشد. بررسی‌های متعدد، وجود عوامل خطر افزایشدهنده خطر سراز عود چون نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد را تایید کرده‌اند و به منظور پیشگیری از عود افسردگی، بر کنترل و درمان این نشانه‌ها نیز تاکید کرده‌اند [۱۶]. نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار ذهنی، مولفه‌هایی شناختی هستند که امکان ایجاد، تداوم و عود افسردگی را به همراه دارند. نشخوار با فرایندهای ذهن یعنی نحوه‌ای که فردی با محتوای ذهن ارتباط می‌یابد، مرتبط است در حالی که نگرش‌های ناکارآمد با زتاب محتوای ذهن می‌باشند [۱۷، ۱۸]. به دلیل تاثیر این عوامل در تداوم و عود افسردگی، در نتیجه این عوامل نیز باید مورد توجه و درمان قرار گیرد. پژوهش‌های مختلفی از تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی و نگرش ناکارآمد حمایت کرده است [۱۹، ۲۰، ۲۱]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در اضطراب افراد نیز می‌تواند مفید باشد از طریق تمرین‌هایی که در این درمان به افراد ارایه می‌دهد.

پژوهش‌های مختلفی از اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم افسردگی و افکار و نگرش‌های ناکارآمد نه تنها در زنان باردار بلکه در افراد با مشکل بی‌خوابی و سایر اختلالات نیز می‌تواند مفید باشد [۲۲، ۲۳].

⁴ rumination

⁵ dysfunctional attitude

¹ pregnant women

² Depression disorder

³ mindfulness-based cognitive therapy

صورتی که بیمار به علت یک بیماری جسمی یا روان‌شناختی تحت درمان بود، بیمار از مطالعه حذف می‌شد.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی، پرسشنامه افسردگی بک^۱، پرسشنامه نشخوار ذهنی^۲ و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۳ بود.

(۱) نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی بیمار: شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد ماهانه، سابقه بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی و سابقه خانوادگی بیماری‌های خلقی بیمار بود. این پرسشنامه توسط پژوهشگران در این مطالعه تهیه و مورد ارزیابی قرار گرفت.

(۲) پرسشنامه افسردگی بک: با هدف سنجش شدت افسردگی تدوین شد و شامل ۲۱ سوال ۴ گزینه‌ای می‌باشد که هر سوال امتیاز صفر تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود و ماده‌های آن در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و غیره هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از پرسش‌نامه افسردگی بک به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است [۲۴]. این سیاهه اعتبار درونی بالا و روائی همگرا خوبی با بی.دی.آی. یک^۴ دارد. به طوری که، بک و همکارانش [۲۵]. روائی همگرایی آن را با بی.دی.آی. یک، ۰/۹۳ و با مقیاس رتبه‌دهی روانپزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۱ اعلام کردند و نشان دادند که این ابزار دارای اعتبار از نوع همسانی درونی عالی در بیماران غیربستری بود (۰/۹۳) [۲۵]. در پژوهش دیگری [۲۶] که بر روی ۳۵۴ نمونه بالینی ایرانی انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شده و بررسی مختصات روانسنجی این پرسشنامه نشان داد که از این آزمون می‌توان به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی در قبل و بعد از درمان و در دفعات متعدد بهره گرفت.

(۳) پرسشنامه نشخوار ذهنی: این پرسشنامه توسط نولن هوکسما و مارلو^۵ (۱۹۹۱) ساخته شد و چهار نوع

به دلیل حساس بودن شرایط زنان باردار، همچنین ضرورت پژوهش در حوزه‌ی درمان‌های اختلال افسردگی و برخورد مناسب با سایر نشانه‌هایی که افسردگی را تداوم می‌بخشند و منجر به عود آن می‌شوند، ضرورت پژوهش و درمان در این زمینه احساس می‌شد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی می‌باشد بنابراین سوال اصلی پژوهش این است که آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی اثربخش است؟ و فرضیه پژوهش به این صورت خواهد بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی اثربخش است.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس آزمون و دوره پیگیری (۱ ماه) با گروه کنترل بود.

آزمودنی

(الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان باردار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز سلامت جامعه شهرستان کوهدشت از ابتدای آذر ماه تا پایان بهمن ماه سال ۱۳۹۴ بودند.

(ب) نمونه پژوهش: میزان حجم نمونه ۱۲ نفر برای هر گروه انتخاب شد. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف، داشتن تشخیص اختلال افسردگی اساسی براساس نظر روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی، ثبات جسمانی و روانشناختی (نداشتن علامت بارز جسمانی یا روانشناختی که حین شرکت در جلسات مداخله کند)، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال و داشتن حداقل تحصیلات سیکل بود. همچنین، در صورت ابتلا به یک اختلال روانشناختی دیگر (نظیر اختلالات سایکوتیک، سوءمصرف مواد، اختلالات اضطرابی)، وجود اختلال‌های شناختی و ضعف در کارکرد شناختی یا وجود علائم حاد و شدید بیماری به گونه‌ای که مشارکت بیمار در مطالعه حاضر را دشوار یا تقریباً غیرممکن سازد و یا در

^۴ BDI- I

^۵ Nollen Hoksema & Marlo

^۱ Beck depression Inventory (BDI-II)

^۲ Ruminative Response Scale (RRS)

^۳ Dysfunction attitude scale (DAS)

نفر که دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شدند. سپس در هنگام انجام پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه نشخوار فکری و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد برای تک تک بیماران به صورت جداگانه توسط پژوهشگر، اجرا گردید و هدف پژوهش برای بیماران توضیح داده شد و به این ترتیب از بین افراد نمونه ۱۲ نفر وارد گروه آزمایش (تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و ۱۲ نفر وارد گروه گواه شد. بیماران گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مرکز سلامت جامع فجر شهرستان کوهدشت توسط درمانگری (کارشناس ارشد روانشناسی بالینی) که دوره‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را گذرانده و در این زمینه دارای تخصص و تجربه‌های لازم بودند، هر هفته به مدت ۱ جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت تحت روان‌درمانی قرار گرفتند. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ برای بیماران در جدول ۱ ارائه شده است.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی و شاخص‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس مکرر چند متغیری با نرم‌افزار آماری اس. پی. اس. نسخه ۲۱ استفاده شد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه حاضر در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر حسب گروه‌های آزمایشی و کنترل در جدول ۳ گزارش شده است.

متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس تشکیل شده است. این مقیاس ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند [۲۷]. در ایران این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی [۲۸] به فارسی ترجمه و روایی شده است و در پژوهش آن‌ها همبستگی این پرسشنامه با نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ۰/۶۳ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ گزارش شد. به طور کلی، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است که این پرسشنامه دارای اعتبار درونی بالایی است و ضریب آلفای کرونباخ آن از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد [۲۷].

۴) مقیاس نگرش‌های ناکارآمد: بر مبنای مدل آسیب‌شناختی بک (۱۹۷۸) بر سنجش ساختارهای وابسته به شناخت تاکید دارد. به عبارت دیگر از این مقیاس برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیربنایی استفاده می‌شود که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است. این مقیاس دارای ۴۰ پرسش در طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» است که فرض‌های زیربنایی حاکم بر افسردگی را اندازه می‌گیرد [۲۹]. این مقیاس در مدت بیش از شش هفته دارای ضریب پایایی بالا و با ثبات درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ به دست آمده است. ترجمه این پرسشنامه توسط کاویانی، جواهری و بحیرایی [به نقل از ۲۵] انجام شد و با اجرای همزمان این آزمون با آزمون افسردگی مشخص کردند که روائی همگرایی این آزمون قابل قبول است. به طوری که در پژوهش خود نشان دادند که همبستگی معنادار و معادل ۰/۶۵ بین این پرسشنامه و سایر مقیاس‌های افسردگی وجود دارد که بیانگر همگرایی قابل قبول می‌باشد. همچنین، اعتبار آزمون-باز آزمون این مقیاس، ۰/۷۶ گزارش شد.

شیوه انجام پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که، برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد در زنان باردار مبتلا به افسردگی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد که شامل مراحل اجرایی زیر بود. ابتدا از بین زنان باردار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (مطابق نظر روانپزشک و روانشناس بالینی) که برای معاینه‌های منظم به پایگاه‌های سلامت مراجعه می‌کردند، ۲۴

² SPSS

¹ mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

جدول ۱. پروتکل جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

موضوع	مداخله
جلسه اول هدایت خودکار	تمرین خوردن ذهن آگاه کشمش (نوعی مراقبه جهت جلب توجه شرکت کنندگان به ویژگی‌های حسی کشمش بینایی، بویایی، چشایی و لمس کشمش) تمرین واری بدن (جلب توجه شرکت کنندگان در پژوهش از طریق تنفس به قسمت‌های مختلف بدن که حدود ۴۵ دقیقه طول می‌کشد) تکلیف خانگی: انجام ذهن آگاهانه یک فعالیت روزمره به مدت ۶ روز و انجام واری بدن هر روز، ارائه جزوه در رابطه با بیماری افسردگی، هدایت خودکار و تمرین‌های ذهن آگاهانه.
جلسه دوم رویارویی با موانع	بررسی تکالیف جلسه قبل و از بین بردن موانع اجرای صحیح آن‌ها تمرین افکار و احساسات (از طریق تجسم موقعیت‌های مهم، تمرکز بیش‌تر بر بدن نجوای ذهنی و آگاهی از ذهن سرگردان که منجر به کنترل بیش‌تر واکنش فرد نسبت به وقایع روزانه می‌شود) تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند و ارائه جزوه در رابطه با هدف جلسه و راهکارهایی برای اجرای بهتر تکالیف
جلسه سوم تنفس	تمرین مراقبه نشسته: تمرکز توجه شرکت کنندگان به الگوهای تنفس، مشاهده کنجاوانه سرگردان شدن ذهن، سپس بازگردان توجه به تنفس به آرامی و بدون درگیر شدن با افکار راه رفتن ذهن آگاهانه: ارائه تمرین‌های حرکتی جهت متمرکز ساختن توجه شرکت کنندگان به وضعیت حرکت و قرار گرفتن بدن تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند و تمرین فضای تنفس به مدت ۳ بار در هر ۶ روز ارائه جزوه خلاصه جلسات
جلسه چهارم ماندن در زمان حال	مراقبه دیدن و شنیدن: تمرکز توجه شرکت کنندگان به صداها یا مناظر بینایی اطراف و بازگردان آرام ذهن به این حس‌ها در صورت سرگردان شدن مراقبه نشسته: با تاکید بر ادراک و احساس بدن تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس در هر زمان که احساس استرس نمودند و ارائه جزوات در رابطه با حضور و ماندن در زمان حال، برگه ثبت تکلیف خانگی
جلسه پنجم مجوز حضور	مراقبه نشسته: با تاکید بر آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار آگاهی از افکار و احساسات، وقایع خوشایند و ناخوشایند و شناسایی واکنش‌های شرکت کنندگان نسبت به آن‌ها و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم تکلیف خانگی: تمرین مراقبه نشسته هدایت شده و ثبت آن، ارائه جزوه خلاصه جلسه و دستورالعمل‌های گسترده استفاده از فضای تنفس
جلسه ششم افکار حقایق نیستند	مراقبه نشسته تجسم: تجسم افکار و مشغله‌های ذهنی به عنوان پرده سینما و توجه به موقتی بودن آن‌ها تمرین تغییر خلق و افکار: از طریق تلقی افکار به عنوان فکر نه واقعیت تکلیف خانگی: تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای در زمان تجربه هیجانات ناخوشایند و ارائه جزوات جلسه
جلسه هفتم مراقبت از خود	مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، حس‌های بدن، صداها و افکار هشیار بودن نسبت به نشانه‌های بیماری: تنظیم برنامه برای روبه رو شدن احتمالی با نشانه‌های بیماری آگاهی از ارتباط بین خلق با فعالیت‌های روزمره: تهیه لیستی از فعالیت‌های افزایش دهنده خلق و انرژی
جلسه هشتم فراتر رفتن از ترس	تمرین واری بدن: توضیح اینکه تجارب و پاسخ به تمرین‌ها با یادگیری‌های جدید ممکن است تغییر کند بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه یاد گرفته شده و مرور کل برنامه برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی

جدول ۲. خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

خصوصیات جمعیت شناختی	گروه	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین و انحراف معیار
سن	کمتر از ۲۰	۳	۱۲/۵	۴/۶۱±۲۵/۸۸
	۲۱ تا ۲۵	۹	۳۷/۵	
	۲۶ تا ۳۰	۷	۲۹/۲	
	۳۱ تا ۳۵	۴	۱۶/۷	
	۳۶ تا ۴۰	۱	۴/۲	
شغل	کارمند	۳	۱۲/۵	
	آزاد	۴	۱۶/۷	
	خانه‌دار	۱۷	۷۰/۸	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۶	۲۵	
	دیپلم	۱۴	۵۸/۳	
	فوق دیپلم	۱	۴/۲	
	کارشناسی	۲	۸/۳	
وضعیت اقتصادی	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱	۴/۲	
	ضعیف	۷	۲۹/۲	
	متوسط	۱۵	۶۲/۵	
	خوب	۲	۸/۳	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی بر حسب زمان (پیش آزمون - پس آزمون - پی‌گیری) در گروه آزمایش

گروه	متغیرها	کمترین			بیشترین			میانگین		انحراف معیار	
		خطا	آماره	خطا	آماره	خطا	آماره	خطا	آماره	خطا	آماره
پیش آزمون	افسردگی	۱۶	۲۵	۲۱/۴۲	۲/۸۷	-۵۰۳	۰/۶۳۷	-۱/۶۳۸	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نشخوار فکری	۳۹	۶۲	۵۱/۰۸	۶/۹۳	-۳۷۹	۰/۶۳۷	-۱/۵۹۴	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نگرش‌های ناکارآمد	۱۳۲	۱۹۹	۱۶۸/۰۱	۲۰/۰۳	-۲۳۹	۰/۶۳۷	-۱/۶۵۳	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
پس آزمون	افسردگی	۱۰	۱۹	۱۴/۷۵	۲/۸۳	-۲۴۲	۰/۶۳۷	-۱/۹۳۶	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نشخوار فکری	۲۷	۵۱	۳۷/۱۷	۵/۹۰	-۰/۷۶۱	۰/۶۳۷	۲/۲۸۰	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نگرش‌های ناکارآمد	۱۱۴	۱۶۸	۱۴۱/۹۲	۱۶/۱۹۵	-۱/۷۰	۰/۶۳۷	-۱/۶۰۷	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
پی‌گیری	افسردگی	۱۱	۱۹	۱۵/۶۷	۲/۷۰	-۴۰۱	۰/۶۳۷	-۱/۰۳۶	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نشخوار فکری	۲۹	۵۲	۳۸/۹۲	۵/۸۶	-۰/۵۳۳	۰/۶۳۷	۱/۵۶۱	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نگرش‌های ناکارآمد	۱۱۹	۱۷۲	۱۴۷/۰۸	۱۶/۵۹	-۱/۶۵	۰/۶۳۷	-۱/۷۶۵	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی بر حسب زمان (پیش آزمون - پس آزمون - پی‌گیری) در گروه گواه

گروه	متغیرها	کمترین			بیشترین			میانگین		انحراف معیار	
		خطا	آماره	خطا	آماره	خطا	آماره	خطا	آماره	خطا	آماره
پیش آزمون	افسردگی	۱۸	۲۷	۲۱/۰۸	۲/۷۷	-۰/۸۱۳	۰/۶۳۷	۰/۱۰۳	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نشخوار فکری	۴۳	۶۱	۵۱/۶۷	۶/۷۶	-۰/۳۶	۰/۶۳۷	-۱/۶۹۸	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نگرش‌های ناکارآمد	۱۳۹	۱۹۰	۱۶۵/۳۳	۱۸/۸۵۵	-۱/۱۷	۰/۶۳۷	-۱/۵۸۳	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
پس آزمون	افسردگی	۱۸	۲۶	۲۱/۷۵	۲/۴۹	-۰/۸۷	۰/۶۳۷	-۱/۴۶۵	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نشخوار فکری	۴۲	۶۲	۵۲/۵۸	۷/۰۵	-۰/۲۰	۰/۶۳۷	-۱/۶۰۹	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نگرش‌های ناکارآمد	۱۴۲	۱۹۳	۱۶۸/۲۵	۱۸/۶۵۰	-۰/۷۶	۰/۶۳۷	-۱/۵۰۶	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
پی‌گیری	افسردگی	۱۹	۲۸	۲۲/۰۱	۲/۷۳	-۰/۹۳۳	۰/۶۳۷	۵/۲۱۰	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نشخوار فکری	۴۳	۶۲	۵۲/۱۷	۶/۶۴	-۱/۸۳	۰/۶۳۷	-۱/۵۶۵	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی
	نگرش‌های ناکارآمد	۱۴۰	۱۹۲	۱۶۷/۸۳	۱۸/۹۱	-۲۲۹	۰/۶۳۷	-۱/۵۴۰	۱/۲۳۲	خطا	کشی‌دگی

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود پیش فرض تساوی واریانس‌ها در هر دو مرحله تأیید شده است. یعنی واریانس‌های دو گروه در جامعه با یکدیگر مساوی است و تفاوت معناداری ندارند. بنابراین با توجه به رعایت پیش فرض لوین، امکان اجرای تحلیل کواریانس نتایج جهت بررسی فرضیه پژوهش بلامانع است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بر نمره های پس آزمون با کنترل پیش آزمون در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
اثربخشی	۰/۹۵۸	۱/۳۰۳	۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۰/۹۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۲	۱/۳۰۳	۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۰/۹۵
اثربختینگ	۲۲/۹۹۶	۱/۳۰۳	۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۰/۹۵
بزرگترین ریشه ری	۲۲/۹۹۶	۱/۳۰۳	۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۰/۹۵

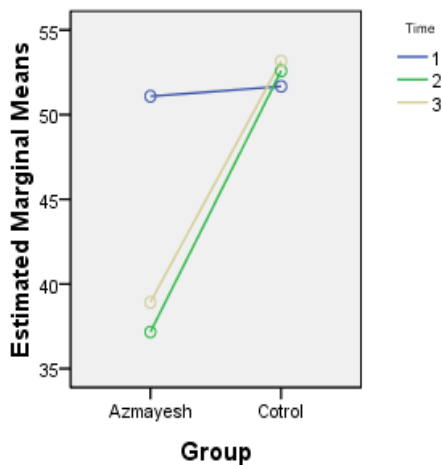
همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها ($p < 0.001$) نشان می‌دهد که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد و براساس مجذور اتا، ۹۵٪ درصد تفاوت‌های مشاهده شده در متغیر وابسته در بین افراد، مربوط به تأثیر متغیر مستقل یعنی روش مداخله می‌باشد. از سوی دیگر با

همان‌طور که در جدول ۳ و ۴ مشاهده می‌شود، نه تنها نمره میانگین و انحراف معیار افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است، بلکه در مرحله پیگیری نیز از ثبات نسبی برخوردار هستند. در این مطالعه تحلیل آماری نمرات افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه آزمایش و گواه با تحلیل کواریانس چندمتغیری با مقادیر تکراری انجام شد. در این تحلیل نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی و نمرات پس‌آزمون و پیگیری به عنوان متغیر وابسته محسوب شدند و زمان به عنوان متغیر تعدیل‌کننده در نظر گرفته شد. پیش از انجام تحلیل‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌های استفاده از مدل بررسی شد.

جدول ۵. نتایج آزمون لون جهت بررسی فرض همسانی واریانسها در مراحل پس آزمون

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۲/۷۵۰	۱	۲۲	۰/۱۱۱
نشخوار فکری	۳/۴۲۵	۱	۲۲	۰/۰۷۸
نگرش‌های ناکارآمد	۴/۲۸۱	۱	۲۲	۰/۰۵۱

زمان و گروه‌ها معنادار است. نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای متغیر نشخوار ذهنی نشان داد که اثر عامل زمان (پیش آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) معنادار بود. هم‌چنین، اثر (متقابل) تعامل زمان \times گروه معنادار بود. با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر نشخوار ذهنی 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 (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر کاهش نشخوار ذهنی زنان باردار مبتلا به افسردگی تأثیرگذار بوده است. در نمودار ۲، اثر متقابل زمان و گروه بر نشخوار ذهنی نشان داده شده است.

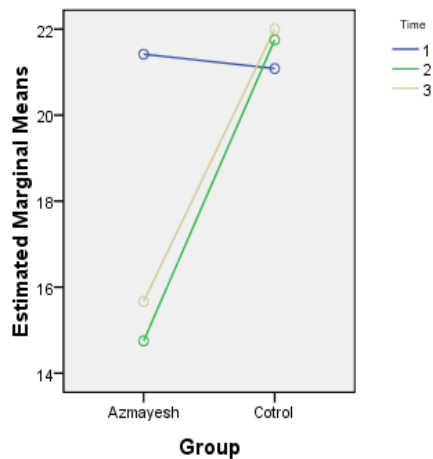


نمودار ۲. اثر متقابل زمان و گروه بر نشخوار ذهنی

نتایج آزمون موخلی برای متغیر نگرش‌های ناکارآمد نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس کواریانس برقرار است. بنابراین، به دلیل برابری (همگنی) ماتریس واریانس - کواریانس آزمون آزمون اسپهریسیتی اسومد به کار رفت. مقدار این آزمون نشان داد که آزمون مربوط به اثر اصلی زمان درون گروه‌ها معنادار است. آزمون مربوط به اثر متقابل زمان و گروه‌ها معنادار است. نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای متغیر نگرش‌های ناکارآمد نشان داد که اثر عامل زمان (پیش-آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) معنادار بود. هم‌چنین، اثر (متقابل) تعامل زمان \times گروه معنادار بود. با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر نگرش‌های ناکارآمد 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 (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد

توجه به اینکه توان آماری ۰/۹۵ می‌باشد و بالاتر از ۰/۸۰ است حجم نمونه برای انجام پژوهش قابل قبول می‌باشد. نتایج مربوط به تفاوت معنادار هریک از متغیرهای وابسته در ذیل آمده است.

نتایج آزمون موخلی^۱ برای متغیر افسردگی نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس کواریانس برقرار نیست. بنابراین، به دلیل عدم برابری ماتریس واریانس - کواریانس آزمون هیونه-فلدت^۲ به کار رفت. مقدار این آزمون نشان داد که آزمون مربوط به اثر اصلی زمان درون گروه‌ها معنادار است. هم‌چنین، آزمون مربوط به اثر متقابل زمان و گروه‌ها معنادار است. نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای متغیر افسردگی نشان داد که اثر عامل زمان (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) معنادار بود. هم‌چنین، اثر (متقابل) تعامل زمان \times گروه معنادار بود. با توجه به اینکه تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر افسردگی معنادار بود و با توجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری پایین‌تر از گروه گواه بوده است، می‌توان بیان نمود که متغیر مستقل (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر کاهش علائم افسردگی زنان باردار مبتلا به افسردگی تأثیرگذار بوده است. در نمودار ۱، اثر متقابل زمان و گروه بر افسردگی نشان داده شده است.



نمودار ۱. اثر متقابل زمان و گروه بر افسردگی

نتایج آزمون موخلی برای متغیر نشخوار ذهنی نشان می‌دهد که مفروضه برابری ماتریس کواریانس برقرار است. بنابراین، به دلیل برابری (همگنی) ماتریس واریانس - کواریانس آزمون اسپهریسیتی اسومد^۳ به کار رفت. مقدار این آزمون نشان داد که آزمون مربوط به اثر اصلی زمان درون گروه‌ها معنادار است. آزمون مربوط به اثر متقابل

³ Sphericity Assumed

¹ Mauchly's Test

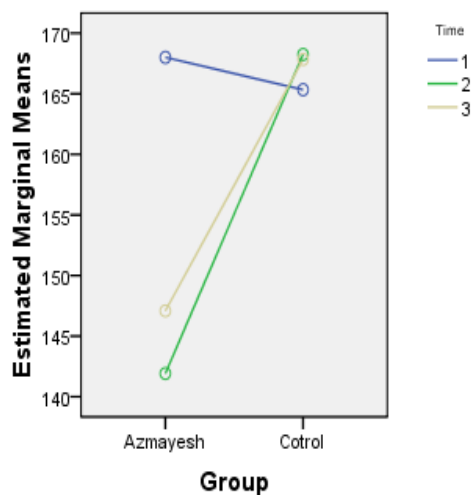
² Huynh-Feldt

گرفته شده است و به تبع آن در شدید شدن افسردگی نقش دارد. در واقع پژوهش تامپسون و بندل نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد در مادران نقشی واسطه‌ای بین شناخت‌های افسرده‌ساز و افسردگی پس از زایمان دارد که با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست دهند [۳۳]. در مدلی که پژوهشگران دیگری مطرح کردند نشخوار ذهنی نقشی واسطه‌ای در ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی بازی می‌کند. بنابراین توجه به این سه عامل اهمیت زیادی دارد چون بر یکدیگر تاثیر دارند که با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست [۳۴].

در تبیین یافته‌ها می‌توان مطرح کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افراد بینشی فراهم می‌کند که این بینش با به کارگیری مکانیسم‌های ممکن ذهن آگاهی، برای فرد پیشرفت در بهزیستی روانشناختی فراهم می‌کند. در بانوان بارداری که در جلسات درمانی شرکت می‌کنند و جنبه‌های مدیریت استرس در طول دوران بارداری، تولد فرزند و دوران والدین بودن را یاد می‌گیرند، پریشانی روانشناختی کاهش و بهزیستی روانشناختی پیشرفت می‌کند. به نظر می‌رسد آموزش ذهن آگاهی در دوره‌ی بارداری تاثیر گسترده‌ای بر استراتژی‌های مقابله و کنار آمدن با مشکلات و همچنین تاثیر بالقوه‌ای در پیشرفت مسیر والد شدن و مراقبت از فرزند دارد. بارداری یک دوره‌ی کوتاه از زندگی بانوان است بنابراین بهینه است که او اطلاعات جدیدی در مورد مهارت‌های مقابله و کنار آمدن با تولد و والدین شدن دریافت کند و خود را برای این دوره‌ی کوتاه از زندگی‌اش آماده کند [۳۵]. در پژوهش دیمیدجیان^۲ و همکاران [۳۱] زنان باردار افسرده شرکت کننده در درمان ۹۲ درصد از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رضایت داشتند و گزارش کردند که علائم افسردگی آنها کاهش یافته است. در پژوهش پای و هوگارد^۳ [۳۶] در دوره‌ی پیگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تداوم بهبودی و کاهش علائم افسردگی در زنان باردار افسرده مشهود بود. آنها ۳۴ درصد کاهش علائم را نسبت به گروه آزمایش گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز تداوم بهبودی در دوره‌ی پیگیری مشهود بود.

مکانیسم درمانی این پروتکل، به این صورت عمل می‌کند که تمرین ذهن آگاهی به بیماران اجازه می‌دهد که افکار افسرده کننده و منفی خود را ببینند و متوجه شوند که لزوماً در واقعیت منعکس نمی‌شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نه تنها در درمان افسردگی بلکه در پیشگیری نیز می‌تواند موثر باشد [۳۷].

زنان باردار مبتلا به افسردگی تاثیرگذار بوده است. در نمودار ۳، اثر متقابل زمان و گروه بر نگرش‌های ناکارآمد نشان داده شده است.



نمودار ۳. اثر متقابل زمان و گروه بر نگرش‌های ناکارآمد

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که، میانگین نمرات افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد گروه آزمایش به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافت. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی موثر می‌باشد. انواع روان‌درمانی که بر چارچوب‌های نظری متفاوت قرار دارند، تصمیم دارند با تعدیل پیش‌بین‌های عود علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، خطر عود متعاقب را تعدیل کنند. پژوهش‌های مختلفی در این مورد، روی درمان‌های شناختی- رفتاری به توافق رسیده‌اند که قادرند خطر عود افسردگی را کاهش دهند [۳۰، ۳۱]. همچنین پژوهش ولیدی پاک، خدایی و شیخله [۳۲] از اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم افسردگی حمایت کرده است.

در مدلی که در پژوهش تامپسون و بندل^۱ [۳۳] مطرح شده است، افسردگی پس از زایمان و افکار و نگرش‌های مادرانه ناکارآمد عاملی مهم در افسردگی زنان باردار در نظر گرفته شده است. اهمیت باورها در روابط بین فردی در نظر

² Dimidjian

³ Piet, & Hougaard

¹ Thompson & Bendell

این محققین بیان کردند که درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند پردازش ناشی از وجود استانداردهای دو گانه افراد را تغییر دهد [۵]. افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، غالباً درگیر اهداف و انتظارات خود می‌شوند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است به دو طریق عمل کند:

الف) این روش افراد را ترغیب می‌سازد که مشاهده‌گر فرایندهای ذهنی خود باشند؛ افکار خود - انتقادی و قضاوت‌کننده را ببینند و بپذیرند و سعی در تمرکز بر روی آنها نداشته باشند؛ همچنین ممکن است شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، وسعت بروز افکار ناکارآمد را که در پاسخ به نوسانات خلقی بروز می‌یابند را محدود سازند.

ب) تاکید بر پذیرش - خود ممکن است منجر به ارزیابی مجدد افکار ناکارآمد گردد [۴۰].

در نهایت می‌توان چنین بیان نمود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی می‌تواند تاثیرگذار باشد. بنابراین می‌توان پیشنهاد داد که طی کارآزمایی‌های بالینی مناسب کاهش علائم روانشناختی زنان باردار مبتلا به افسردگی مورد توجه قرار بگیرد. بنابراین با توجه به مبانی نظری و پژوهشی این نوع درمان و آموزش و با توجه به موثر واقع شدن این نوع درمان در زنان باردار مبتلا به افسردگی، به کارگیری گسترده‌ی این روش توصیه می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان پیگیری‌های طولانی‌تر مانند سه ماه و بیشتر و همچنین عدم امکان نمونه‌گیری جامع از کلیه مناطق شهری و محدود شدن آن فقط به مرکز بهداشت یک شهرستان، از جمله محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌آید. بر مبنای محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، درمان مذکور به عنوان یک شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش افسردگی زنان باردار به کار گرفته شود. همچنین انجام پژوهش در سایر شهرها نیز پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسئولین محترم مرکز سلامت جامعه شهرستان کوهدشت و همچنین تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

بررسی‌ها از تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی حمایت کرده است که با نتایج پژوهش حاضر همسوست [۳۷]. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که پرورش ذهن‌آگاهی در طی تمرینات، افراد را قادر می‌سازد که هنگامی افکار نشخوارکننده به ذهن آمد، آن‌ها را واضح‌تر مشاهده کند و فعالانه ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج نمایند. پژوهش حاضر نیز از کارایی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار ذهنی حمایت می‌کند و کاهش نشخوار ذهنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، همچنین در پیگیری پس از درمان نیز اثر بخشی مشهود بود. پژوهش‌ها نشان داده اند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار اتوماتیک منفی و نگرش‌های ناکارآمد در افراد افسرده موثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شرکت‌کنندگان در جریان درمان، مهارت‌هایی کسب می‌کنند که از طریق آن از نشخوار ذهنی و تصاویر نشخوارگونه‌ی ذهنی رها می‌شوند و به واسطه‌ی این تغییرات جدیدی که تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در فرد ایجاد می‌کند، بیمار در برابر استرس‌ها، اضطراب و افسردگی که ممکن است در آینده نیز به آن دچار شود، محافظت می‌گردد [۳۸]. از پیامدهای مثبت پس از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران افسرده، می‌توان به افزایش کیفیت زندگی اشاره کرد که به دلیل افزایش امید و بهبود علائم افسردگی ایجاد می‌شود و همچنین منجر به تداوم بهبودی پس از درمان می‌گردد و دوره‌های پیگیری درمان این تداوم را نشان داده‌اند. ذهن آگاهی و تمرینات موجود در پروتکل درمانی، با شرایط بیماران متناسب است و به آنها کمک می‌کند که از تصاویر و افکار آزاردهنده و نشخوارگونه رها شوند. آگاهی‌های هشیارانه که فرد در جریان تمرینات درمانی به دست می‌آورد، منابع بالقوه‌ی نهفته در فرد را آزاد می‌کند که مانع از حمله به خود، سرزنش خود، افکار اتوماتیک منفی، نگرش ناکارآمد و نشخوار ذهنی می‌گردد [۳۸].

تعدادی از فرایندهای شناختی، شامل توجه، حافظه و حل مساله، ممکن است در اثر بخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موثر باشند. استفاده از ذهن آگاهی، توانایی شرکت‌کنندگان در بازشناسی و رهایی از نشخوار ذهنی را افزایش می‌دهد [۳۹]. بررسی‌ها از تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی حمایت کرده است که با نتایج پژوهش حاضر نیز همسوست. در مطالعه‌ی ای که کرن و همکاران روی نگرش‌های ناکارآمد و تاثیر ذهن آگاهی در آسیب‌پذیری شناختی انجام دادند، از موثر بودن این درمان حمایت کردند.

منابع

- 11- Dimidjian, S., & Goodman, S. (2009). Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52, 3, pp. 498-515.
- 12- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 2, pp.190-202.
- 13- Vieten, C., & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*, 11, 1, pp. 67-74.
- 14- Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R., & Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of women's mental health*, 15, 2, pp. 139-143.
- ۱۵- حقیقت، فرشته، مرادی، علیرضا، مظاهری، محمدعلی، حنطوش‌زاده، صدیقه، الهیاری، عباسعلی، پسندیده، عباس. (۱۳۹۴). تاثیر برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی بر کیفیت زندگی زنان باردار نخست. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۳، ۲، صص. ۶۵-۷۵.
- 16- Batmaz, S., Kaymak, S. U., Kocbiyik, S., & Turkcapar, M. H. (2015). From the first episode to recurrences: the role of automatic thoughts and dysfunctional attitudes in major depressive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 1, pp. 61-77.
- 17- Robinson, M. S., & Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 3, pp. 275-291.
- 18- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., & Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour research and therapy*, 45, 9, pp. 2144-2154.
- 19- Xie, J. F., Zhou, J. D., Gong, L. N., Iennaco, J. D., & Ding, S. Q. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in the intervention of psychiatric disorders: A review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1, 2, pp. 232-239.
- 1- Lavi, I., Gard, A. M., Hagan, M., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2015). Child-parent psychotherapy examined in a perinatal sample: Depression, posttraumatic stress symptoms and child-rearing attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34, 1, pp. 64-82.
- 2- Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Heron, J., Jones, L., Craddock, N., & Jones, I. (2013). Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA psychiatry*, 70, 2, pp. 168-175.
- 3- Lenz, A. S., Hall, J., & Bailey Smith, L. (2016). Meta-analysis of group mindfulness-based cognitive therapy for decreasing symptoms of acute depression. *The Journal for Specialists in Group Work*, 41, 1, pp. 44-70.
- 4- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11, 3, pp. 230-241.
- 5- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy*, 47, 5, pp. 366-373.
- 6- Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 2, pp. 63-69.
- 7- Felder, J. N., Segal, Z., Beck, A., Sherwood, N. E., Goodman, S. H., Boggs, J., & Dimidjian, S. (2017). An open trial of web-based mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women at risk for depressive relapse. *Cognitive and behavioral practice*, 24, 1, pp. 26-37.
- 8- Li, J., Long, L., Liu, Y., He, W., & Li, M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. *Behaviour research and therapy*, 77, pp. 96-104.
- 9- Miklowitz, D. J., Semple, R. J., Hauser, M., Elkun, D., Weintraub, M. J., & Dimidjian, S. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women with depression or bipolar spectrum disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 5, pp. 590-600.
- 10- Chambers, R., Gullone, E., Hased, C., Knight, W., Garvin, T., & Allen, N. (2015). Mindful emotion regulation predicts recovery in depressed youth. *Mindfulness*, 6, 3, pp. 523-534.

- 30- Warmerdam, L., van Straten, A., Jongma, J., Twisk, J., & Cuijpers, P. (2010). Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41, 1, pp. 64-70.
- 31- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2015). An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. *Archives of women's mental health*, 18, 1, pp. 85-94.
- ۳۲- ولیدی پاک، آذر، خدایی، علی، شیخله، شجاع. (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناختی بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۳۹۵.
- 33- Thompson, K. D., & Bendell, D. (2014). Depressive cognitions, maternal attitudes and postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32, 1, pp. 70-82.
- 34- Şenormancı, Ö., Yılmaz, A. E., Saraçlı, Ö., Atasoy, N., Şenormancı, G., & Atik, L. (2014). The mediator role of ruminative thinking style in the relationship between dysfunctional attitudes and depression. *Comprehensive psychiatry*, 55, 7, pp. 1556-1560.
- 35- Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R., & Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of women's mental health*, 15, 2, pp.139-143.
- 36- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). 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, pp.1032-1040.
- 37- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 4, pp. 615.
- 38- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and therapy*, 33, 1, pp. 25-39.
- 39- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- 20- Huffziger, S., Ebner-Priemer, U., Zamoscic, V., Reinhard, I., Kirsch, P., & Kuehner, C. (2013). Effects of mood and rumination on cortisol levels in daily life: An ambulatory assessment study in remitted depressed patients and healthy controls. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 10, pp. 2258-2267.
- 21- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- 22- Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical psychology review*, 31, 4, pp. 617-625.
- 23- Gupta, R. (2016). Presleep thoughts and dysfunctional beliefs in subjects of insomnia with or without depression: Implications for cognitive behavior therapy for insomnia in Indian context. *Indian journal of psychiatry*, 58, 1, pp. 77.
- 24- Wang, YP & Gorenstein C. (2013). Psychometric Properties of Beck Depression Inventory-II: a Comprehensive Review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 35, 4, pp. 416-31.
- ۲۵- ملیانی، مهدیه، الهیاری، عباسعلی، آزادفلاح، پرویز، فتحی آشتیانی، علی، طاولی، آزاده. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر نشانه های باقیمانده مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده. *مجله علوم رفتاری*. ۷، ۲، صص. ۱۷-۱۸.
- 26- Dabson, K. S., & Mohammad Khani. P. (2007). Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of rehabilitation*. 8, 29, pp. 82-88.
- ۲۷- تیموری، سعید، رضانی، فرزانه، محبوب، نجمه. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*. ۹، ۳۴، صص. ۱۴۵-۱۵۹.
- ۲۸- باقری نژاد، مینا، صالحی فردی، جواد، طباطبایی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱، ۱، صص. ۲۱-۳۸.
- ۲۹- ابراهیمی، امراله، موسوی، سید غفور. (۱۳۹۲). تهیه و اعتباریابی نسخه ۲۶ گویه‌ای مقیاس نگرش‌های ناکارآمد: ساختار عاملی، پایایی و روایی در بیماران روانپزشکی. *مجله علوم پزشکی ایلام*. ۲۱، ۵، صص. ۲۰-۲۸.

- 40- Mezulis, A. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental psychology*, 42, 6, pp.10-12.