

## مقاله پژوهشی

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، کیفیت زندگی و میزان کورتیزول  
سرم در افراد افسردهزهرا علیایی<sup>۱</sup>، مسعود محمدی<sup>۱\*</sup>، کاظم انوری<sup>۲</sup>، سید ابراهیم حسینی<sup>۳</sup>

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۲- مرکز تحقیقات سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳- گروه آموزشی فیزیولوژی، واحد شیراز، دانشکده علوم، موسسه آموزش عالی زند شیراز، شیراز، ایران.

\*مسئول مکاتبات: mmohamadis@yahoo.com

DOI: 10.22034/ascij.2022.1944394.1336

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۶

## چکیده

افسردگی در حال حاضر یک بیماری مزمن شایع در اغلب جوامع سراسر جهان است که می‌تواند عملکرد نرمال را مختل کند، افکار افسردگی ایجاد کرده و بر کیفیت زندگی تاثیر منفی بگذارد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، افسردگی و میزان کورتیزول در افراد مبتلا به افسردگی است. ۳۰ زن مبتلا به افسردگی به طور داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه تجربی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. برای آزمودنی‌های گروه تجربی جلسات درمانی به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته برگزار گردید و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکردند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (BDI-II) و کیفیت زندگی SF36 در دو نوبت (قبل و بعد درمان) استفاده شد و به منظور بررسی اندازه‌گیری سطح کورتیزول، نمونه‌گیری خون بین ساعت ۸ الی ۱۰ صبح قبل از شروع اولین و بعد از آخرین جلسه درمان به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون باعث کاهش افسردگی و کورتیزول به ترتیب از میزان ۲۳/۸۷ و ۱۴/۴۸ به ۱۰/۱۳ و ۱۱/۹۵ و افزایش کیفیت زندگی از میزان ۳۲/۹۰ به ۸۳/۵۲ در گروه آزمایش شد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند وضعیت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی را بهبود بخشد.

کلمات کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، کورتیزول، افراد افسرده

## مقدمه

شناخت، کاهش کیفیت زندگی و اختلال عملکرد شغلی تحصیلی است (۱۲). علاوه بر این، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD) خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و دریافت درمان ضعیف و افزایش مرگ و میر و ناخوشی را افزایش داده‌اند

افسردگی یک اختلال شایع در سلامت روانی است که هم بر سلامت روانی و هم بر سلامت جسمی تاثیر می‌گذارد. این بیماری با علائم فیزیکی، روانی و رفتاری مشخص می‌شود که عمدتاً شامل خلق افسرده، از دست دادن انرژی، افکار خودکشی و عدم علاقه،

جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی فرد در سطوح کیفیت زندگی بازنمایی می‌شود (۱۵).

در طی دو دهه گذشته سنجش کیفیت زندگی در ارزیابی، سیر و درمان اختلالات مزمن از جمله افسردگی جایگاه مهمی پیدا کرده و مورد توجه متخصصین این حوزه قرار گرفته است (۶).

افسردگی می‌تواند منجر به بیماری‌های مزمن جدی از قبیل مشکلات قلبی-عروقی، دیابت، تشدید مشکلات سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی شود (۱۰). درمان افسردگی اساسی اغلب متشکل از مداخلات دارویی و روانشناختی است. در مداخلات دارویی برنامه‌های درمانی بسیاری برای افسردگی اساسی منتشر شده است به گونه‌ای که تجویز داروهای ضد افسردگی در ۲۰ سال گذشته افزایش یافته است. منتها نظرسنجی‌ها حاکی از این است که هنوز ۷۰ درصد بیماران از علائم افسردگی رنج می‌برند و بیش از ۵۰ درصد درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. از سوی دیگر، بیماران به دلیل نگرانی درباره‌ی عوارض جانبی و وابستگی احتمالی داروها، مداخلات روانشناختی را ترجیح می‌دهند. بنابراین مداخلات روانشناختی می‌تواند درمان مکمل یا جایگزین برای اختلال افسردگی عمده مطرح شود (۴۲).

با توجه به مطالعه سپیریانی و همکاران مداخله روانی در این زمینه موثر است. درمان اصلی اختلال افسردگی اساسی، درمان اصلی پیش‌گیری از عود است (۱۱). در نتیجه، برخی از گزینه‌های غیر دارویی مانند مشاوره، اصلاح رفتار و درمان‌های روانی به کار گرفته شده‌اند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) یک برنامه آموزشی، بر اساس مهارت‌های گروهی است که ذهن آگاهی را هم در جلسات و هم بین جلسات آموزش می‌دهد. این روش در ابتدا به عنوان یک درمان پیش‌گیری از عود در بیماران با خطر

(۳۱). شیوع جهانی آن ۱۶ درصد است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ دومین بیماری شایع و تا سال ۲۰۳۰ با رشد ۶/۲ درصدی همراه خواهد بود (۶). پژوهش‌های اخیر نشان داده است که مناطق مغزی متفاوتی در هر یک از تجربه‌های اضطراب شناختی و جسمانی، درگیر هستند. از طرف دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وجود تنش‌های بدنی و روانشناختی موجب تحریک هیپوتالاموس و ترشح عامل آزاد کننده کورتیکوتروپین می‌شود که در نتیجه به افزایش ترشح کورتیزول از غده فوق کلیوی منجر خواهد شد (۲). کورتیزول یکی از هورمون‌های محور آدرنال - هیپوفیز - هیپوتالاموس (HPA) است که در پاسخ به استرس از غده آدرنال ترشح می‌شود. چرخه طبیعی کورتیزول روزانه در صبح اوج خود را دارد، در طول روز با سرعت ثابتی کاهش می‌یابد که در طول نیمه شب به پایین‌ترین حد خود می‌رسد. کورتیزول را می‌توان در ادرار، پلاسما و یا بزاق اندازه‌گیری کرد. در مطالعات رابطه بین استرس و افسردگی، بررسی نقش محور HPA هم به عنوان نشانگر پاسخ‌های استرس و هم به عنوان میانجی پیامدهای پاتولوژیک اهمیت بسزایی دارد (۴۸).

ارتباط بین تنش و MDD به خوبی بررسی شده است. رویدادهای استرس‌زای زندگی اغلب قبل از شروع اپیزود افسردگی رخ می‌دهند. افراد مبتلا به MDD، واکنش‌های روان‌شناختی و نورویولوژیکی متفاوتی نسبت به رویدادهای استرس‌زای زندگی از خود نشان می‌دهند. همچنین، تغییرات در سیستم استرس (محور HPA)، در افراد با MDD تا کنون مورد مطالعه قرار گرفته‌است، کورتیزول سبب سرکوب سیستم ایمنی می‌شود که تاثیر مستقیمی در احساس خواب‌آلودگی و افسردگی دارد (۳۰ و ۳۲). در افراد مبتلا به MDD درمان نشده، افزایش قابل‌توجهی در سطح پلاسمایی کورتیزول در مقایسه با افراد سالم وجود دارد (۱).

یکی از پیامدهای ناخوشایند افسردگی، کاهش کیفیت زندگی است که تاثیرات مخربی در زندگی افراد مبتلا دارد. داشتن کیفیت زندگی مطلوب همواره آرزوی بشر بوده است، به طوری که فریاد همکاران معتقدند که سلامت

مورد تاثیر آن‌ها بر الگوهای روزانه کورتیزول و ارتباط آن با پیامدهای ذهنی وجود دارد (۴۳). در مطالعه حاضر هدف بررسی تغییرات احتمالی در پارامترهای کیفیت زندگی، افسردگی و ریتم روزانه کورتیزول (پاسخ بیداری کورتیزول) در افراد افسرده تحت درمان توجه متمرکز بر ذهن آگاهی هشت هفته‌ای است.

#### مواد و روش‌ها

در چارچوب یک تحقیق نیمه آزمایشی (از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) دو گروه آزمایش و کنترل از افراد افسرده در بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های درمانی در شهر مشهد تا رسیدن به تعداد مشخص سرنسازای شده و بر مبنای نمونه‌گیری در دسترس و هدفدار انتخاب و به صورت تصادفی جایگزینی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت جهت شرکت در تحقیق محدوده سنی بین ۱۸ تا ۷۵، اختلال افسردگی عمده براساس DSM - V، کسب نمره بین ۲۰ تا ۲۸ در ویراست دوم مقیاس افسردگی بک، تحصیلات سیکل به بالاتر. معیارهای عدم ورود به این مطالعه عبارت بودند از: طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک، اختلالات دوقطبی و مرتبط، و اختلالات مصرف مواد، مصرف داروهای موثر بر روان و آنتی‌دپرسان‌ها، شرکت در یک برنامه ذهن آگاهی در زمان اجرای طرح، تمرینات رایج مدیتیشن یا یوگا طول سه ماه گذشته قبل از ورود به مطالعه.

کد اخلاق IR.MUMS.REC.1399.447 برای تحقیق حاضر اخذ شد. پس از شناسایی و انتخاب آزمودنی‌ها با شرایط مدنظر، به تمامی افراد توضیحات کاملی در مورد اهداف پژوهش و نحوه انجام آن ارائه شد و پرسشنامه‌های مربوطه تکمیل و در نهایت فرم

بالای عود افسردگی توسعه یافته است؛ اما از آن زمان به بعد با طیف وسیعی از جمعیت‌ها و زمینه‌های مختلف از جمله اختلال‌های مزمن سازگار شده است (۲۰). همچنین شواهد عصب زیستی نیز حاکی از آن است که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به انعطاف‌پذیری مغز می‌تواند باعث تغییر در عملکرد و ساختار مغز شود (۱۶، ۴۶).

برخی از سازکارهای اصلی عصب شناختی تاثیرگذاری مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی شامل کنترل توجه، تنظیم هیجان و خودآگاهی است.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در دستورالعمل‌های بالینی به عنوان یک گزینه توصیه شده برای پیش‌گیری از عود و مدیریت افسردگی در نظر گرفته شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین واریسی بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برنامه هشت هفته‌ای با یک جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعت در هفته است. در این درمان اولین گام یادگیری چگونگی توجه کردن هدفمند در هر لحظه و بدون قضاوت است (۴۱). همچنین این روش با ترکیب مهارت‌های ذهن آگاهی و فنون شناختی شرایطی را فراهم می‌کند تا فرد بتواند به صورت مجزا و خالی از قضاوت، نظاره گر افکار منفی خود باشد و از درگیر شدن با الگوهای پایدار افکار منفی دوری کند (۳۸). افسردگی عمده یک اختلال مربوط به استرس است که با تغییر عملکرد محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال مشخص می‌شود (۴). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، پارامترهای ذهنی استرس را بهبود بخشیده و میزان عود را در بیماران افسرده کاهش داده‌اند. با این حال، تحقیقات کمی در

چگونه تغییرات خلقی خود را بلافاصله یا چند لحظه بعد از تغییرات دست کاری نماید. با این کار آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند که چگونه به طور کامل از تفکر یا احساساتشان آگاه شوند و یک تا دو دقیقه قبل از این‌که توجه خود را به کل بدن معطوف سازند به تنفس خود توجه نمایند. چنین عملی برای کنترل کردن مشکلات در هر لحظه و آگاهی نسبت به افکار یا احساسات ناخوشایند بسیار مفید است. طبق اصل اساسی MBCT «ما می‌توانیم با انتخاب خود به انتخاب‌ها پاسخ دهیم، به جای آنکه به طور خودکار به آن‌ها واکنش دهیم» (۴۱).

خلاصه‌ای از جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی براساس پروتکل کابات زین در جدول ۱ گزارش شده است.

ابزار پژوهش: شامل:

**الف) پرسشنامه افسردگی بک:** در طی ۳۵ سال اخیر پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) پذیرفته‌ترین ابزار شناسایی افسردگی در بیمارانی بوده که تشخیص افسردگی بالینی را دریافت کرده بودند. پرسشنامه افسردگی بک ۲ نسخه جدیدتر پرسشنامه افسردگی بک ۱ است که برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و علائم را در دو هفته اخیر می‌سنجد. چون BDI-II تنها ۶ ملاک از ۹ ملاک افسردگی را پوشش می‌داد، در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با DSM-IV مورد بازنگری قرار گرفت و پرسشنامه افسردگی (BDI-II) ساخته شد. روایی همگرای پرسشنامه افسردگی (BDI-II) با مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون 71/0=۲ (HRSD) به دست آمده است. همچنین پایایی آزمون بازآزمون این پرسشنامه پس از یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز بر روی ۹۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفته است. بر این اساس

رضایت‌نامه آگاهانه به صورت کتبی توسط تمامی آزمودنی‌ها کامل شد. سپس ۳۰ آزمودنی به شکل تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر تجربی و ۱۵ نفر کنترل تقسیم شدند. قبل از شروع پروتکل‌های درمان از تمامی آزمودنی‌ها نمونه‌گیری خون انجام شد، سپس گروه آزمایش تحت پروتکل درمان به مدت ۸ هفته و هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل هیچ درمانی نگرفت. در نهایت پس از هشت هفته مجدداً سنجش‌ها از طریق پرسشنامه‌ها و نمونه‌گیری خون با شرایط یکسان نسبت به پیش آزمون انجام شد. آزمودنی‌ها قبل و بعد از دوره درمان، توسط پرسشنامه مربوط به افسردگی بک، کیفیت زندگی SF36 به صورت انفرادی در شرایط یکسان مورد آزمون قرار گرفتند. از بیماران آزمایش خون جهت اندازه‌گیری میزان کورتیزول سرم پیش و بعد از درمان گرفته شد. هدف از پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، کیفیت زندگی و میزان کورتیزول در افراد افسرده است. سپس، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل مربوطه قرار داده شد.

**پروتکل درمانی:** در MBCT اولین گام یادگیری چگونگی توجه کردن هدفمند در هر لحظه و بدون قضاوت است. روش توجه کردن در جلسات یک تا چهارم آموزش داده می‌شود. در ابتدا این کار از طریق توجه به قسمت‌های مختلف بدن (وارسی بدن) و سپس با ارجاع به تنفس آموخته می‌شود. در گام بعدی آزمودنی‌ها می‌آموزند که چگونه سرگردان باعث ایجاد افکار و احساسات منفی می‌شود تا از این راه بتواند تغییرات هیجانی خود را شناسایی کند و دو راه برای مقابله با آن‌ها برگزیند (یا در کوتاه مدت آن‌ها را کنترل کند و یا در دراز مدت با آن‌ها چالش ورزند). این کار مستلزم فاز دوم MBCT و مربوط به جلسات پنجم تا هشتم است که درمانجویان یاد خواهند گرفت

۷) خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، ۸) سلامت روانی یا عاطفی (۵ عبارت) می‌باشد.

برای نمره‌گذاری سؤالات SF-36 از نمره ۰ تا ۱۰۰ استفاده شده است، این نمره‌گذاری براساس معیار سنجش استاندارد مخصوص SF-36 به دست آمده است. سؤالات ۳ گزینه‌ای با نمره‌های ۰، ۵۰، ۱۰۰، سؤالات ۵ گزینه‌ای با نمره‌های ۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰ و سؤالات ۶ گزینه‌ای با نمره‌های ۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰ در نظر گرفته شده است، در هر سؤال نمره ۱۰۰ بهترین میزان کیفیت زندگی و صفر پایین‌ترین حد کیفیت زندگی را بیان می‌کند. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که هر کدام از سؤالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ دارای سه گزینه ۱، ۲ و ۳ هستند که نمره‌های آن به ترتیب (۰، ۵۰، ۱۰۰) می‌باشد. سؤالات ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ دارای دو گزینه ۱ و ۲ هستند که نمره‌های آن به ترتیب (۰، ۱۰۰) می‌باشد. سؤالات ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۱ دارای شش گزینه ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ هستند که نمره‌های آن به ترتیب ۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰ و ۰ می‌باشد. سؤالات ۳۲، ۳۳ و ۳۵ دارای پنج گزینه ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ هستند که نمره‌های آن به ترتیب (۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰) می‌باشد و سؤالات ۱، ۲، ۲۰، ۲۲، ۳۴ و ۳۶ دارای پنج گزینه ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ هستند که نمره‌های آن به ترتیب (۱۰۰، ۷۵، ۵۰، ۲۵ و ۰) می‌باشد و سؤالات ۲۱، ۲۳، ۲۶، ۲۷ و ۳۰ دارای شش گزینه ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ هستند که نمره‌های آن به ترتیب (۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰ و ۰) می‌باشد. پس از این‌که هر یک از عبارت از صفر تا ۱۰۰ نمره‌گذاری شد، برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، مجموع اعداد به دست آمده از هر زیر مقیاس بر ۸ تقسیم می‌شود که عدد به دست آمده باید بین صفر تا ۱۰۰ باشد. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروو شربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و روایی آن در

آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱، پایایی به روش آزمون بازآزمون ۰/۹۴ و پایایی به روش دو نیمه سازی ۰/۸۹ به دست آمده است. در مطالعه دیگری در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ و پایایی آزمون-بازآزمون آن ۰/۷۴ به دست آمده است (۱۷). این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که هر ماده از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود: گزینه ۱ نمره ۰؛ گزینه ۲ نمره ۱؛ گزینه ۳ نمره ۲؛ گزینه ۴ نمره ۳. در نهایت نمره هرفرد میتواند بین ۰ تا ۶۳ باشد. نمرات به دست آمده به ترتیب زیر مورد تفسیر قرار می‌گیرند: نمره بین ۰ تا ۱۳ نشانگر حداقل نمره و بدون افسردگی؛ نمره بین ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف؛ نمره بین ۲۰ تا ۲۸ افسردگی ملایم و نمره بین ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید (۱۳).

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36): این پرسشنامه برای مصارفی مانند کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز مطالعات جمعیت عمومی، کارایی خود را ثابت کرده است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت گانه تشکیل شده سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه استاندارد ۳۶ سؤالی می‌باشد که ۸ مفهوم سلامتی را بررسی می‌کند:

۱) برداشت از سلامت عمومی (۵ عبارت)

۲) بعد جسمانی (۱۰ عبارت)

۳) محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (۴ عبارت)

۴) محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی و هیجانی (۳ عبارت)

۵) درد بدنی (۲ عبارت)

۶) عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)

برخوردارند(۳۴). همچنین آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری، با استفاده از همبستگی هر سال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده است.

**روش آزمایشگاهی و نمونه‌گیری:** برای اندازه‌گیری کورتیزول سرم در ساعت ۸ الی ۱۰ صبح نمونه خون وریدی از هر دو گروه کنترل و آزمایش در دو مرحله (پیش و پس آزمون) گرفته شد و به روش لومینسانس با استفاده از دستگاه ایمولایت شرکت زیمنس آمریکا سنجیده شد.

گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 در سطح بین‌المللی به کار رفته است و در ایران توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ترجمه و پایایی و روایی بین‌المللی آن بررسی و تایید شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون پایایی آن در تمام ابعاد پرسشنامه به استثنای بعد سرزندگی بین ۷۷٪ تا ۹۵٪ و برای بعد سرزندگی ۶۵٪ بوده است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. در پژوهش منتظری و همکاران تحلیل همسانی درونی نشان داد که به جز مقیاس نشاط ( آلفای کرونباخ = ۶۵٪ ) سایر مقیاس‌های پرسشنامه SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۷۷٪ تا ۹۰٪

جدول ۱- مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سیگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۱۳)

جلسه	موضوع	خلاصه جلسه
اول	هدایت خودکار	آشنایی با اعضای گروه، تشریح قوانین گروه، تمرین خوردن، توجه آگاهانه، کشمش، تمرین مراقبه، واری بدن تکلیف: خوردن هوشیارانه، آوردن هوشیاری به فعالیت‌های روزمره و مراقبه واری بدن
دوم	چالش با موانع	ده دقیقه تنفس و تمرکز با ذهن آگاهی، دو راه برای دانستن، تمرین واری بدن و مراقبه نشسته تکلیف: آوردن هوشیاری به فعالیت‌های روزمره، ثبت وقایع خوشایند، تمرین واری بدن و ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه
سوم	جمع کردن ذهن پراکنده تنفس با ذهن آگاهی	تمرین مراقبه کشش بدن و نفس کشیدن همراه با ذهن آگاهی، مراقبه حرکت توجه آگاهانه، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای تکلیف: مراقبه حرکت توجه آگاهانه، ترکیبی از مراقبه کشش بدن و نفس کشیدن (روزهای ۵، ۳، ۱)، ثبت تجربه‌های ناخوشایند، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای
چهارم	ماندن در لحظه و تشخیص اجتناب	۵ دقیقه دیدن و شنیدن با شیوه ذهن آگاهی (آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و انتخاب‌های آگاهانه). سه دقیقه تنفس- ارایه تمرین‌های الگو برداری شده جهت کاربرد در زمان‌هایی که دچار احساسات دشوار می‌شویم (کشف تجارب ناخوشایند و دیدن افکار منفی)، راه رفتن توجه آگاهانه. تکلیف: مراقبه نشسته (روزهای ۵، ۳، ۱)، تمرین تنفس سه دقیقه‌ای، راه رفتن آگاهانه (روزهای ۶، ۴، ۲)
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن	تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و اعضای بدن، تمرین ایجاد یک مشکل و کشف تأثیرات تمرین-ها روی ذهن و بدن، تمرین مکث سه دقیقه‌ای (به همراه احساس پذیرا بودن)، استعاره مهمان‌خانه تکلیف: مراقبه نشسته همراه کار کردن با مشکلات، سه دقیقه تنفس عادی و مرور آن (سه بار در روز). سه دقیقه تنفس تمرین شده در جلسه و الگو برداری (جهت زمانی که احساسات ناخوشایندی برای شما پیش می‌آید: دعوت کردن مشکل به درون و کار کردن با آن از طریق بدن)

ششم	افکار واقعیت نیستند	مراقبه نشسته با تمرکز بر افکار به عنوان رویدادهای ذهنی
		تکلیف: واریسی بدن، فضای تنفس سه دقیقه ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند با پاسخدهی به افکار «گشودن درهای تفکر»
هفتم	مراقبت از خود	تمرین توجه آگاهانه مداوم، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای پاسخده: در عمل توجه آگاهانه (انجام کارهای لذت بخش و فعالیت‌هایی که احساس رضایت و مفید بودن را دارد)، ماندن در زمان حال
		تکلیف: تهیه لیستی از فعالیت‌های لذت بخش و مفید
هشتم	بکارگیری آموخته‌ها و تمرین‌ها در آینده	انجام تمرینات توجه آگاهی رسمی و غیر رسمی به علاوه فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای پاسخده بحث پیرامون تداوم تمرین‌ها و برنامه ریزی جهت انجام آن، پرورش شیوه جدیدی از بودن

## نتایج

استفاده شده است. لذا نخست مفروضه‌های مربوط به این تحلیل مورد بررسی قرار می‌گیرد و سپس به بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی متغیرهای پژوهش پرداخته می‌شود. با توجه جدول ۳ ملاحظه شد فرض نرمال بودن متغیرهای تحقیق در هر زیر گروه می‌شود زیرا مقادیر احتمال بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشند. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها از آزمون لوین استفاده می‌شود. در این مطالعه این پیش شرط نیز برقرار بود. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۴ ملاحظه گردید در مرحله پیش‌آزمون و پس از آزمون فرض برابری واریانس‌ها تحت آزمون لوین برقرار است. چون مقدار احتمال نظیر این آزمون برای هر یک از متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. نتایج جدول ۵ نشان داد که فرض همگنی ماتریس کوواریانس در مجموعه از متغیرهای اصلی با توجه به آزمون M باکس در پیش آزمون و پس از آزمون برقرار بوده است. در ادامه جهت تعیین اثر بخشی هم زمان و نیز اثر بخشی روی هر متغیر به ترتیب از تحلیل مانکوا و انکوا استفاده می‌شود. نتایج از جدول ۶ نشان داد در سطح خطای ۰/۰۵ اثر مداخلات درمانی بر افسردگی، کیفیت زندگی و سطح کورتیزول به طور همزمان در زنان افسرده معنی‌دار

بررسی نتایج جدول ۲ نشان داد متغیر افسردگی در طی مطالعه در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از  $2/85 \pm 23/87$  در مرحله پیش آزمون به  $4/00 \pm 10/13$  در مرحله پس آزمون تغییر کرد. بررسی مشابه روی گروه کنترل نیز نشان داد میانگین افسردگی از  $2/82 \pm 23/67$  به  $3/63 \pm 23/27$  در مرحله پس آزمون تغییر کرد. متغیر کیفیت زندگی در طی مطالعه در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از  $7/44 \pm 32/90$  در مرحله پیش آزمون به  $8/01 \pm 83/52$  در مرحله پس آزمون تغییر کرد. بررسی مشابه روی گروه کنترل نیز نشان داد میانگین کیفیت زندگی از  $5/34 \pm 31/81$  به  $6/14 \pm 31/90$  در مرحله پس آزمون تغییر کرد. متغیر کورتیزول در طی مطالعه در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از  $2/48 \pm 14/10$  در مرحله پیش آزمون به  $3/03 \pm 11/95$  در مرحله پس آزمون تغییر کرد. بررسی مشابه روی گروه کنترل نیز نشان داد میانگین کورتیزول از  $2/25 \pm 15/19$  به  $2/79 \pm 15/42$  در مرحله پس آزمون تغییر کرد. سطح کورتیزول در طی مطالعه در محدوده طبیعی آزمایشگاهی قرار داشت ولی در بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش مشاهده شد. جهت بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس

بود ( $F = ۲۲۵۴/۵۳۵$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ) همچنین اندازه اثر درمان همزمان بعد از تعدیل اثرات کووریت برابر با ۰/۹۹۸ شده است. اثر پیش آزمون افسردگی (۰/۹۹۸،  $F = ۴۶/۱۳۰$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ )، کیفیت زندگی ( $F = ۱۷/۱۷۹$ ،  $p < ۰/۰۰۱$ ) و سطح کورتیزول ( $F = ۱۴۰/۰۴۸$  به عنوان متغیر کووریت نیز در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد و اندازه اثر آنها به ترتیب ۰/۸۹۸، ۰/۷۶۶، ۰/۸۱۴ و ۰/۹۶۴ بدست آمده است. بنابراین نتیجه می‌شود مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر افسردگی، کیفیت زندگی و سطح کورتیزول به طور همزمان در زنان افسرده موثر باشد. نتایج جدول ۷ نشان داد در سطح خطای ۰/۰۵ اثر مداخلات درمانی مبتنی ذهن آگاهی بر افسردگی زنان افسرده معنی‌دار است ( $F = ۶۰۵/۸۵۱$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ). همچنین اندازه اثر درمان بر متغیر افسردگی بعد از تعدیل اثر کووریت برابر با ۰/۹۵۸ شده است. اثر پیش آزمون افسردگی به عنوان متغیر کووریت نیز در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۱۳۲/۵۹$ ) و اندازه اثر آن برابر با ۰/۸۳۱ بدست آمده است. در سطح خطای ۰/۰۵ اثر مداخلات درمانی مبتنی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بعد از تعدیل اثر کووریت برابر با ۰/۹۷۶ شده است. اثر پیش آزمون کیفیت زندگی به عنوان متغیر کووریت نیز در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ ) بدست آمده است. در سطح خطای ۰/۰۵ اثر مداخلات درمانی مبتنی ذهن آگاهی بر سطح کورتیزول سرم زنان افسرده معنی‌دار بود ( $F = ۱۱/۳۱۹$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ) همچنین اندازه اثر درمان بر متغیر کورتیزول سرم بعد از تعدیل اثر کووریت برابر با ۰/۲۹۵ شده است. اثر پیش آزمون سطح کورتیزول به عنوان متغیر کووریت نیز در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد ( $F = ۳۵/۴۱۴$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ) و اندازه اثر آن برابر با ۰/۵۶۷ بدست آمده است.

جدول ۲- بررسی توصیفی متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه آزمایش و گواه در طی مطالعه

متغیر	آزمون	گروه آزمایش n=۱۵				گروه گواه n=۱۵			
		میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
افسردگی	پیش	۲۳/۸۷	۲/۸۵	-۰/۲۱	-۰/۶۳	۲۳/۶۷	۲/۸۲	۰/۴۱	-۱/۰۴
	پس	۱۰/۱۳	۴/۰۰	-۰/۱۱	-۰/۶۶	۲۳/۲۷	۳/۶۳	-۰/۰۶	-۱/۲۰
کیفیت زندگی	پیش	۳۲/۹۰	۷/۴۴	۰/۲۰۳	-۱/۴۳	۳۱/۸۱	۵/۳۴	-۰/۱۱	-۰/۷۷
	پس	۸۳/۵۲	۸/۰۱	-۰/۲۳	-۰/۴۱	۳۱/۹۰	۶/۱۴	-۰/۰۵	-۱/۳۰
سطح کورتیزول	پیش	۱۴/۱۰	۲/۴۸	۰/۴۹	-۱/۰۳	۱۵/۱۹	۲/۲۵	۰/۲۱	-۰/۷۷
	پس	۱۱/۹۵	۳/۰۳	۰/۳۳	۰/۴۳	۱۵/۴۲	۲/۷۹	۰/۱۶	-۱/۳۰

جدول ۳- بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مورد مطالعه تحت آزمون شاپیروویلیک

متغیر	آزمون	آزمایش		کنترل	
		آماره	Sig.	آماره	Sig.
افسردگی	پیش	۰/۹۴۶	۰/۴۶۰	۰/۹۱۲	۰/۱۴۴
	پس	۰/۹۵۶	۰/۶۲۵	۰/۹۳۳	۰/۳۰۱



کیفیت زندگی	پیش	۰/۹۲۱	۰/۲۰۰	۰/۹۶۵	۰/۷۷۱
	پس	۰/۹۵۰	۰/۵۲۸	۰/۹۳۲	۰/۲۸۸
سطح کورتیزول	پیش	۰/۸۹۱	۰/۰۷۰	۰/۹۴۰	۰/۳۸۱
	پس	۰/۹۷۹	۰/۹۶۴	۰/۹۳۵	۰/۳۲۷

جدول ۴- بررسی برابری واریانس (آزمون لوین) گروه‌ها در طی مطالعه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	مقدار F	Sig.	آماره F	Sig.
افسردگی	۰/۰۰۴	۰/۹۵۰	۰/۰۶۸	۰/۷۹۶
کیفیت زندگی	۴/۱۳۴	۰/۰۵۲	۰/۷۸۷	۰/۳۸۳
سطح کورتیزول	۰/۲۰۶	۰/۶۵۳	۰/۰۲۰	۰/۸۸۸

جدول ۵- بررسی همگنی ماتریس کوواریانس در متغیرهای تحقیق اصلی

آماره M	مقدار F	DF	Sig.
پیش آزمون	۰/۳۳۹	(۳۷۴۸/۲۰۷ و ۱۰)	۰/۹۷۱
پس آزمون	۰/۴۱۳	(۳۷۴۸/۲۰۷ و ۱۰)	۰/۹۴۱

جدول ۶- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تحت شیوه لامبداویلکنز

منبع اثر	شاخص لامبداویلکنز	آماره F	درجه آزادی	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش افسردگی	۰/۱۰۲	۴۶/۱۳۰	(۲۱ و ۴)	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸
پیش کیفیت زندگی	۰/۲۳۴	۱۷/۱۷۹	(۲۱ و ۴)	۰/۰۰۰	۰/۷۶۶
پیش سطح کورتیزول	۰/۰۳۶	۱۴۰/۰۴۸	(۲۱ و ۴)	۰/۰۰۰	۰/۹۶۴
گروه	۰/۰۰۲	۲۲۵۴/۵۳۵	(۲۱ و ۴)	۰/۰۰۰	۰/۹۹۸

جدول ۷- نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در بررسی اثر بخشی مداخلات درمانی ذهن آگاهی

منبع اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	مقدار احتمال	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۱۳/۵۷۷	۱	۳۱۳/۵۷۷	۱۳۲/۵۱۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳۱
افسردگی گروه	۱۴۴۳/۰۷۵	۱	۱۴۴۳/۰۷۵	۶۰۹/۸۵۱	۰/۰۰۰	۰/۹۵۸
خطا	۸۳/۸۸۹	۲۷	۳۰۷۰/۳۳۳			
پیش آزمون کیفیت زندگی گروه	۹۵۳/۹۸۴	۱	۹۵۳/۹۸۴	۵۴/۷۴۳	۰/۰۰۰	۰/۶۷۰
خطا	۴۷۰/۵۲۰	۲۷	۱۷۴۰۸/۱۹۲	۱۰۹۵/۱۹۱	۰/۰۰۰	۰/۹۷۶
پیش آزمون سطح کورتیزول گروه	۱۳۴/۶۶۸	۱	۱۳۴/۶۶۸	۳۵/۴۱۴	۰/۰۰۰	۰/۵۶۷
خطا	۱۰۲/۶۷۳	۲۷	۳۷۸۴/۲۸۶	۱۱/۳۱۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹۵

## بحث

فرآیندهای ذهنی که به پریشانی عاطفی و رفتار ناسازگارانه کمک می‌کنند، دیده می‌شود (۷). نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و در راستای پژوهش‌های خدابخش پیرکلانی، تقوی و راستگو (۲۶)، محمدپور، تاجیک زاده و محمدی (۳۵)، پاشا و سراج خرمی (۳۹)؛ غلامرضایی و بوستان (۱۸) بود.

مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهد MBCT خطر بازگشت به افسردگی را وقتی به مراقبت معمول اضافه می‌شود کاهش می‌دهد (۲۷). مطالعاتی که MBCT را با درمان‌های روانشناختی کاملاً همسان مقایسه کرده‌اند، نشان داده‌اند که MBCT در مدیریت افسردگی موثر است (۱۴، ۳۶، ۴۴). به این ترتیب، MBCT در دستورالعمل‌های بالینی به عنوان یک گزینه توصیه شده برای پیش‌گیری از عود و مدیریت افسردگی در تعدادی از موارد گنجانده شده است. همچنین نتایج این پژوهش حاکی از تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی است. نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد که زنان شرکت کننده در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معناداری نمرات بالاتری در ارزیابی‌های مراحل پس آزمون داشتند. نتایج به دست آمده این مطالعه با پژوهش‌های نصیری کالمرزی و همکاران (۳۷)؛ رفیعی، صباحی و مکوند حسینی (۴۱) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه باید گفت کاری که ذهن آگاهی انجام می‌دهد این است که یک قدم از همه افکار چه مثبت و چه منفی فاصله می‌گیرد و به بیمار آموزش داده می‌شود که افکار، افکار هستند و واقعیت نیستند. فرد نمی‌تواند افکار را به طور کامل کنترل کند، همه کاری که از دستش بر می‌آید این است که افکار را

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر MBCT بر افسردگی، کیفیت زندگی و تعیین میزان کورتیزول سرم در افراد مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی در شهر مشهد انجام شد. یافته‌ها نشان داد که MBCT تاثیر معناداری بر افسردگی زنان در گروه آزمایش داشته است. به عبارت دیگر این درمان باعث کاهش افسردگی در بین زنان گروه آزمایش شده است.

ذهن آگاهی و یا توجه کامل به زمان حال، می‌تواند در بهبود علائم شناختی افسردگی بسیار مفید باشد. یافته های امیدوارکننده اخیر به کارگیری و اجرای فن‌های ذهن آگاهی را در درمان علائم افسردگی در جوامع هدف متفاوت نشان داده‌اند. زیرا تمرکز بر زمان حال باعث می‌شود که افراد از افکار منفی خود، آگاه شوند و بدون قضاوت افکار، متوجه شوند که این افکار بازتاب دقیقی از واقعیت نیستند. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد یاد می‌گیرد که توجه بیشتری به لحظه کنونی کند و افکار و عقاید منفی را که موجب افسردگی می‌شوند؛ از ذهن خود دور کند. همچنین فرد آگاهی بیشتری از علائم بدنی خود به دست می‌آورد و قبل از اینکه دچار افسردگی شود؛ می‌تواند استرس و علائم افسردگی را شناسایی کند (۲۷).

تعریف ذهن آگاهی توسط بیشاپ و همکاران شامل دو مولفه است. اولی مربوط به خود تنظیمی است که بر تجربه آنی در حال حاضر تمرکز دارد. مورد دوم شامل داشتن نگرش باز، کنجکاو و پذیرش نسبت به آن تجربه بود.

مدیتیشن ذهن آگاهی یک نگرش و روشی برای فرو بردن درد و رنج شخصی و توسعه آگاهی، شفقت به خود است. در روان‌شناسی مدرن، ذهن آگاهی به عنوان وسیله‌ای برای افزایش آگاهی و پاسخ بهینه به

بزاقت خواهد شد (۲۳). ورزش بدنی باعث کاهش سطوح کورتیزول در افراد مبتلا به MDD می‌شود. با این حال، این یافته می‌تواند تحت‌تاثیر نوع ورزش، تکرار هفتگی، و نوع اندازه‌گیری کورتیزول قرار گیرد (۵).

مداخلات مدیتیشن به طور موثری سطوح کورتیزول نمونه‌های در معرض خطر را کاهش می‌دهد نتایج اولیه نشان می‌دهد که فواید مداخلات مدیتیشن ممکن است با گذشت زمان از بین نرود (۲۵) و بر اساس تحقیقات نتایج از اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در این جمعیت حمایت می‌کند (۲۱، ۴۰، ۴۳). در مقابل در برخی تحقیقات، یافته‌هایی را در مورد سطح کورتیزول سرم قبل و بعد از ضد افسردگی میان بیماران تازه تشخیص‌داده شده اختلال افسردگی اساسی ارائه می‌دهد که هیچ تغییر قابل‌توجهی در سطح کورتیزول سرم قبل و بعد از درمان وجود ندارد، حتی اگر بهبود علائم افسردگی قابل‌توجهی وجود داشته باشد (۱). در تحقیق دیگری نشان داده شد که آموزش توجه متمرکز مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری و بهبود علایم افسردگی شد ولی هیچ تغییر خاص درمانی یا آزمایشگاهی در کورتیزول روزانه در طول درمان در بیماران افسرده اتفاق نیفتاد (۳).

در تحقیقی با آموزش توجه متمرکز مبتنی بر ذهن آگاهی نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان با کاهش بیشتر در عاطفه منفی و نشخوار فکری، سطوح اولیه کورتیزول خود را حفظ کردند و به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی از افزایش ترشح کلی کورتیزول در طول زمان جلوگیری می‌کند، اما تنها در بیمارانی که پیشرفت‌های قابل‌توجهی را در بهبود حالت‌های عاطفی و شناختی نشان دادند (۴۶).

از طرف دیگر از آنجایی که افسرده بودن خود، یکی از عوامل موثر بر افزایش استرس است، با آموزش

نگاه کند از آنها فاصله بگیرید و واکنش خود به خودی نسبت به افکارش را متوقف کند. هر چه بتواند این کار را بیشتر انجام دهد احساس تحت کنترل بودن بیشتری پیدا می‌کند. وقتی فرد احساس آرامش عمیق حاصل از ذهن آگاهی را در عمق وجود خویش درک کند دیگر از خود نمی‌پرسد که معنا و هدف زندگی چیست؟ به وضوح خواهد فهمید که آرامش، عشق و لذت همگی در درون خودش است. درخواهد یافت که همه رنج‌ها و دردها و اندوه موجود در دنیا به خاطر آن است که بشر درک و استفاده از این منبع درونی آرامش و عشق و شادی خود را محروم ساخته است. خواهد فهمید که احساسات بد و ناخوشایندی که بعضی اوقات وجودش را فرا می‌گیرند به خاطر دیدن دنیا از پنجره‌های قضاوتی است. وقتی درک کند که هدفش دسترسی عمیق‌تر به منابع درون وجود خودش است، آن زمان زندگی برایش معنایی زیبا و عمیق خواهد یافت. MDD تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارد و هدف اولیه MBCT تغییر یا از بین بردن علائم افسردگی نیست، بلکه هدف اصلی آن است نتایج امیدوارکننده اثر MBCT بر کیفیت زندگی است (۳) و بر اساس تحقیقات نتایج از اثربخشی MBCT در این جمعیت حمایت می‌کند (۹، ۱۹، ۲۲، ۲۸، ۴۵، ۴۷).

در نهایت نتایج این پژوهش حاکی از تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش کورتیزول در سطح نرمال آزمایشگاهی نسبت به قبل درمان است. افزایش سطح سرمی کورتیزول به شدت با MDD در ارتباط است (۲۴، ۳۳). با این حال، فرا تحلیل‌ها نشان می‌دهند که MDD با افزایش کورتیزول در زمان‌های خاصی از روز در ارتباط است (۸، ۲۹).

پژوهش هینکلمان و همکاران نشان داد که درمان دارویی ضد افسردگی در بیماران افسرده، سبب بهبود برخی از حوزه‌های شناختی و کاهش میزان کورتیزول

استرس‌زا زندگی می‌کنند و در معرض خطر افزایش کورتیزول هستند، یافت شد.

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی و بالا رفتن سطح ارتقا کیفیت زندگی و همچنین کاهش سطح کورتیزول سرم تاثیر داشته و با توجه به کارآمدی این روش پیشنهاد می‌شود در سایر افراد با اختلالات روانشناختی و بالینی در هر دو جنسیت مرد و زن هم انجام شود و نتایج مقایسه شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از شرکت کنندگان در این تحقیق اعلام می‌دارد.

### منابع

- 1- Alenko A., Markos Y., Fikru C., Tadesse E., Gedefaw L., 2020. Association of serum cortisol level with severity of depression and improvement in newly diagnosed patients with major depressive disorder in Jimma medical center, Southwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 15(10): e0240668.
- 2- Aguilar R., Jiménez M., Alvero-Cruz J. R., 2013. Testosterone, cortisol and anxiety in elite field hockey players. *Physiology and Behavior*, 119: 38-42.
- 3- Beddig T., Timm C., Ubl-Rachota B., Zamoscik V., Ebner-Priemer U., Reinhard I., Kirsch P., Kuehner C., 2020. Mindfulness-based focused attention training versus progressive muscle relaxation in remitted depressed patients: Effects on salivary cortisol and associations with subjective improvements in daily life. *Psychoneuroendocrinology*, 113:104555.
- 4- Baxter A. J., Scott K. M., Ferrari A. J., Norman R. E., Vos T., Whiteford H. A., 2014. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders:

شیوه‌های چالش با افکار، میزان استرس افراد کاهش می‌یابد؛ اگرچه که این عامل به تنهایی نمی‌تواند باعث بهبودی در این افراد شود اما حداقل از بدتر شدن این بیماری جلوگیری می‌کند، در تحلیل یافته‌های این پژوهش و اثربخشی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش سطح کورتیزول خون، می‌توان گفت که فکر مرگ و خودکشی که بسیار در بیماران افسرده شایع است استرس عمیقی را برای فرد به همراه می‌آورد و موجب کاهش سیستم ایمنی و در نهایت موجب پاسخ ضعیف‌تر به درمان‌های دارویی جهت کاهش افسردگی می‌شود، ذهن‌آگاهی با بهره‌گیری از فنونی همانند افکار، هیجانات و رفتار آگاهانه موجب کاهش سطح کورتیزول خون شوند. ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است. این نوع شناخت درمانی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره‌ی افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار و احساس و حس‌های بدن را نشان می‌دهد. در تمامی این تمرین‌ها پردازش‌های خودکار افسردگی‌زا کاهش می‌یابد و در حالت‌های توجه آگاهانه پخش اطلاعات از چرخه‌های دو طرفه معیوب به طرف تجربه‌ی فوری و کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادی را از حالت هدایت خودکار خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه، مانند تنفس یا بودن در لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. مداخلات مدیتیشن تاثیر متوسط قابل‌توجهی بر تغییر سطوح کورتیزول ارزیابی شده از نمونه‌های خون داشت که با نتایج قبلی همخوانی دارد و در نهایت موجب کاهش ترشح کورتیزول می‌شود. به طور خاص‌تر، اثرات ثمربخش برای افرادی که در شرایط

- 12- Cui R., 2015. Editorial: a systematic review of depression. *Current Neuropharmacol*, 13(4): 480.
- 13- Dolle K., Schulte-Körne G., O'Leary A. M., von Hofacker N., Izat Y., Allgaier A. K., 2012. The Beck Depression Inventory-II in adolescent mental health patients: Cut-off scores for detecting depression and rating severity. *Psychiatry Research*, 200(2-3): 843-848.
- 14- Farb N., Anderson A., Ravindran A., Hawley L., Irving J., Mancuso E., Gulamani T., Williams G., Ferguson A., Segal Z. V., 2018. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2): 200.
- 15- Ferreira M., Ferreira S., Ferreira N., Andrade J., Chaves C., Duarte, J., 2016. Lifestyles and Surveillance of Sexual and Reproductive Women's Health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217: 1019-1027.
- 16- Fox K.C., Nijeboer S., Dixon M.L., Floman J.L., Ellamil M., Rumak S.P., 2014. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43: 48-73.
- 17- Ghassemzadeh, H., Mojtabei, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N., 2005. Psychometric properties of a Persian language version of the Beck Depression Inventory Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*, 21(4): 185-192. [in Persian].
- 18- Gholamrezaei H., Hosseinzadeh Moghadam N., Boostan S., 2020. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing depression in cancer patients. *JNIP*, 4(8): 1-8. [in Persian].
- 19- Goldberg S. B., Tucker R. P., Greene P. A., Davidson R. J., Wampold B. E., Trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and Anxiety*, 31: 506-516.
- 5- Beserra A.H.N., Kameda P., Deslandes AC., Schuch FB., Laks J., Moraes H.S., 2018. Can physical exercise modulate cortisol level in subjects with depression? A systematic review and meta-analysis. *Trends Psychiatry Psychother*, 40(4): 360-368.
- 6- Bielczyk N. Z., Buitelaar J. K., Glennon J. C., Tiesinga P. H., 2015. Circuit to construct mapping: a mathematical tool for assisting the diagnosis and treatment in major depressive disorder. *Front Psychiatry*, 6: 29.
- 7- Bishop S. R., Lau M., Shapiro S., Carlson L., Anderson N. D., Carmody J., Devins G., 2006. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3): 230-241.
- 8- Burke H.M., Davis M.C., Otte C., Mohr D.C., 2005. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 30: 846-856.
- 9- Cladder-Micus M. B., Speckens A. E. M., Vrijzen J. N., Donders A. R. T., Becker E. S., Spijker J., 2018. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 35(10): 914-924.
- 10- Cho Y., Lee J.K., Kim D.H., Park J.H., Choi M., Kim H.J., 2019. Factors associated with quality of life in patients with depression: A nationwide populationbased study. *PloS one*, 14(7): e0219455.
- 11- Cipriani A., Purgato M., Furukawa T. A., Trespidi C., Imperadore G., Signoretti A., Churchill R., Watanabe N., Barbui C., 2012. Citalopram versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7):CD006534.

- Therapy and Neurofeedback Techniques on Women's Depression Adult. *Clinical Psychology Studies*, 9(36): 25-46. [in Persian].
- 27- Kuyken W., Hayes R., Barrett B., Byng R., Dalgleish T., Kessler D., Cardy, J., 2015. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988): 63-73
- 28-Lenz A. S., Hall J., Smith L. B., 2016. Meta-analysis of group mindfulness-based cognitive therapy for decreasing symptoms of acute depression. *Journal for Specialists in Group Work*, 41(1): 44-70.
- 29- Lopez-Duran N.L., Kovacs M., George C.J., 2009. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 34: 1272-1283.
- 30- Lucassen P.J., Pruessner J., Sousa N., Almeida O.F., Van Dam A.M., 2014. Neuropathology of stress. *Acta Neuropathologica*, 127: 109-135.
- 31- Luo Y., Zhang S., Zheng R., Xu L., Wu J., 2018. Effects of depression on heart rate variability in elderly patients with stable coronary artery disease. *Journal of Evidence Based Medicine*, 11(4): 242-245.
- 32- Matheson K., Jorden S., Anisman H., 2008. Relations between trauma experiences and psychological, physical and neuroendocrine functioning among Somali refugees: Mediating role of coping with acculturation stressors. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10: 291-304.
- 33- Moica T., Gabos Grecu I., Buicu G.E., Ferencz M., Grecu M., Salcudean A., Popa C.O., 2016. Increased cortisol levels in depression: A comparative study evaluating the correlation of hypercortisolemia with
- Kearney D. J., Simpson T.L., 2018. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59: 52-60.
- 20- Gotink R.A., Chu P., Busschbach J.J., Benson H., Fricchione, G.L., Hunink M.G., 2015. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloS one*, 10(4): e0124344.
- 21-Goyal M., Singh S., Sibinga E. M., Gould N. F., Rowland-Seymour A., Sharma, R., Berger Z., Sleicher D., Maron D. D., Shihab H. M., Ranasinghe P.D., Linn S., Sah S., Bass E.B., Haythornthwaite J.A., 2014. Meditation programs for psychological stress and well-being. *JAMA Internal Medicine*, 174: 357-368.
- 22- Hedman-Lagerlof M., Hedman-Lagerlof E., Ost L. G., 2018. The empirical support for mindfulness-based interventions for common psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(13): 2116-2129.
- 23-Hinkelmann K., Moritz S., Botzenhardt J., Muhtz C., Wiedemann K., 2012. Changes in cortisol secretion during antidepressive treatment and cognitive improvement in patients with major depression: a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 37: 685-692.
- 24- Islam MR., Ahmed I., Muktadir A.A., Nahar Z., 2018. Elevated serum levels of malondialdehyde and cortisol are associated with major depressive disorder: A case-control study. *SAGE open medicine* 6: 2050312118773953.
- 25- Koncz A., Demetrovics Z., Zsofia K., 2020. Meditation interventions efficiently reduce cortisol levels of at-risk samples: a meta-analysis, *Health Psychology Review*. 15(1): 56-84.
- 26- Khodabakhsh P. R., Taghavi K. S., Rastgoo F., 2019. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral

- 40- Pascoe M. C., Thompson D. R., Jenkins Z. M., Ski C. F., 2017. Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95:156-178.
- 41- Rahimian Booger A., Younesi J., 2014. John D. Teesdale: Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders, Published by Danje. [in Persian].
- 42- Rafie M., Sabahi P., Shahrokh Makvand Hosseini Sh., 2020. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression, anxiety, stress and quality of life of elderly men living in nursing homes. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 62: 870-879. [in Persian].
- 43- Sanada, K., Montero-Marin, J., Alda Díez, M., Salas-Valero, M., Pérez-Yus, M. C., Morillo, H., Demarzo, M. M. P., García-Toro, M., García-Campayo, J. (2016). Effects of mindfulness-based interventions on salivary cortisol in healthy adults: A meta-analytical review. *Frontiers in Physiology*, 7: 471.
- 44- Shallcross A., Willroth E., Fisher A., Dimidjian S., Gross J., Visvanathan P., Mauss I. 2018. Relapse/recurrence prevention in major depressive disorder: 26-month follow-up of mindfulness-based cognitive therapy versus an active control. *Behaviour Therapy*, 49(5): 836-849.
- 45- Strauss C., Cavanagh K., Oliver A., Pettman D., 2014. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS One*, 9(4): e96110.
- 46- Tomasino B., Fregona S., Skrap M., Fabbro F., 2013. Meditation-related activations are modulated by the practices needed to obtain it and by the expertise: an ALE meta-analysis study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6: 346.
- 47-Wang Y. Y., Li X. H., Zheng W., Xu Z. Y., Ng C. H., Ungvari G. S., Xiang Y. T., prosocial coping mechanisms. *Acta Medica Marisiensis*, 62: 68-72.
- 34- Montazeri A., Gashtasbi A., Vahidaninia M., 2005. Translation Determination of Reliability and Validity of the Persian Species of the SF-36 questionnaire. *Payesh Journal*, 5(1): 4956. [in Persian].
- 35- Mohammadpour S., Tajikzadeh F., Mohammadi N., 2018. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing depressive symptoms, rumination and dysfunctional attitudes of pregnant women with depression. *Clinical Psychology and Personality (Behavior Scholar)*, 16(1): 187-198. [in Persian].
- 36- Musa A., Zulkiflu S., Kim Lam F., Mukhtar S., Kwong Yan O., Tajudeen Olalekan S., Kim Geok S., 2020. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy among depressed individuals with disabilities in Nigeria: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 296: 113680.
- 37- Nasiri Kalmarzi R., Moradi G., Asmaei Majd S., Khanpour F., 2018. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and mindfulness of patients with asthma. *Cognitive Psychology and Psychiatry*, 5(5): 1-14. [in Persian].
- 38- Parsons C. E., Crane C., Parsons L. J., Fjorback L. O., Kuyken W., 2017. Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95: 29-41.
- 39- Pasha R., Sarraj khorami A., 2018. The effects of mindfulness based cognitive therapy on thinking rumination and dysfunctional attitudes in patients suffering from major depression disorder (MDD) and obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Psychological Achievements*, 25(1): 93-112. [in Persian].

contribute to chronic stress-induced atrophy of hippocampal astrocyte volume and depression-like behavior in rats. *Scientific Reports*, 7(1): 1-14.

2018. Mindfulness-based interventions for major depressive disorder: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 229: 429-436.

48- Zhao Y., Zhang Q., Shao X., Ouyang L., Wang X., Zhu K., Chen L., 2017. Decreased glycogen content might



## **The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Depression, Auality of Life, and Serum Cortisol Levels of Depressed People**

**Zahra Olyae<sup>1</sup>, Masoud Mohammadi<sup>\*1</sup>, Kazem Anvari<sup>2</sup>, SeyedEbrahim Hosseini<sup>3</sup>**

1- Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2- Cancer Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3- Department of Physiology, Shiraz Branch, Faculty of Science, Zand Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.

### **Abstract**

Depression is now a common chronic illness in most communities all over the world that may disrupt normal functioning, cause depressive thoughts, and negatively affect the quality of life (QoL). The aim of this study was to assess the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life (QoL), depression and cortisol levels in people with depression. Thirty women with depression were selected voluntarily and randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. For the experimental group, treatment sessions were held for eight 90-minute sessions per week and the control group did not receive any treatment. To measure the variables, Beck Depression Inventory (BDI-II and SF36 Quality of Life Questionnaire) was used twice (before and after treatment) and to measure cortisol levels, blood samples were taken between 8 and 10 am before the onset of first and last treatment sessions and analysis of covariance (ANCOVA) was employed to analyze the data. The results showed that mindfulness-based cognitive therapy in the pretest-posttest phase reduced depression and cortisol rate from 23.87 and 14.48 to 10.13 and 11.95, respectively and increased quality of life from 32.90 to 83.52 in the experimental group ( $p < 0.001$ ). Based on the findings of the present study, it can be concluded that mindfulness-based cognitive therapy can improve the mental status and quality of life of patients with depression.

**Keywords:** Mindfulness-based Cognitive Therapy, Quality of Life (QoL), Cortisol, Depressed People.

