

Research Paper

Comparison the Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Group Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy on Reducing Guilt Sense, Uicidal Thoughts and Hopelessness in Patients with Major Depressive Disorder

Maryam Sadat Saeidian^{1*}, Hossein Baghooli²

1- Master of clinical psychology Department of Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht branch, Marvdasht, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

Received: 2021/07/18

Revised: 2021/09/22

Accepted: 2022/11/04

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/JPM.2022.28494.3455

Keywords:

Comparing Effectiveness, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy

Abstract

Introduction: The study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy and cognitive behavioral group therapy in reducing the severity of guilt sense, suicidal thoughts, and hopelessness in major depression patients.

Method: This is an experimental study with pre-test and post-test and follow-up with experimental and control groups. The study population consisted of all patients with MDD in Shiraz. Participants were (n=60) patients with MDD. They were selected by targeted sampling and randomly assigned to MBCT (n=20), CBT (n=20), and control group (n=20). Measurement: Zung Williams's inventory, Beck-II depression inventory, Beck suicide scale, Beck hopelessness scale, Mosher guilt sense scale.

Results: MBCT is more effective for suicidal thoughts and guilt feeling components. MBCT and CBT interventions have the same significance level in the case of hopelessness. **Conclusion:** MBCT could be the main therapy in reducing the severity of hopelessness, guilt sense, and suicidal thoughts in patients with MDD.

Citation: Saeidian MS, Baghooli H. Comparison the Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Group Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy on Reducing Guilt Sense, Uicidal Thoughts and Hopelessness in Patients with Major Depressive Disorder: Journal of Psychological Methods and Models 2022; 13 (49): 135-146.

***Corresponding Author:** Maryam Sadat Saeidian

Address: MA of Clinical Psychology

Tell: 09307510308

Email: maryam.saeidi90@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Depression is one of the most devastating of all psychiatric disorders. It is the leading cause of disability in the United States and the world for people between ages 15 and 44. Of all diseases, depression is only exceeded by perinatal conditions, lower respiratory infections, ischemic heart disease, cerebrovascular disease, HIV/AIDS, and diarrheal diseases in terms of disability during a person's lifetime. This is partly because of the chronicity and recurrence of depression [1]. Therefore, concerning that depression is debilitating and often chronic, it is important to recognize the risk factors and early intervention in it [2]. This paper compares two therapies from the third wave (Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy) set on reducing the three symptoms of guilt sense, hopelessness, and suicidal thoughts.

Method

The method of this experimental study was experimental with pretest-post test design with control group. Data collection was carried out at two levels of library and field studies. At the library level, the collected information and resources about the variables of research were studied. At this level, by collecting the relevant content and categorizing the related issues, the problem was formulated; the goals and hypotheses of the research were addressed. Then, at the field level, a questionnaire related to the variables of the research, quantitative information gathered, completed the questionnaires and analyzed them.

The statistical population of this study was all patients with major depressive disorder in Shiraz. The sample consisted of 60 individuals who were selected through purposeful sampling and were matched in three groups of 20 who were matched according to age, gender, level of education, marital status. After collecting the scales, raw data was analyzed by SPSS 0.16 software. In order to analyze the research data, two descriptive and inferential statistical methods were used. Descriptive statistics were used to describe the dispersion indices and central variables of the research variables from mean, standard

error. In addition, in the inferential statistics section, the research hypotheses were analyzed using SPSS0.16 software and repeated measures analysis of covariance analysis, Bonferroni's post hoc test, Levene variance homogeneity test, clinical significance and normality was checked using the Shapiro-Wilk test, as well.

Result

First hypothesis

MBCT has a greater effect on reducing severity of guilt sense in patients with MDD than CBT.

Normality was checked using the Shapiro-Wilk test, which showed that guilt sense is normal ($P_Value = 0.2$) it was a linear relationship between the variables and based on the Levene's test, the variances are homogeneous ($P_Value=0.054$, $F=10.24$). Therefore, it was possible to use covariance analysis to investigate whether this difference between the mean of post-test guilt sense in the three groups is significant or not. The value of F for the difference between groups is equal to 87.04 ($P_Value = 0.001$) which indicates that the mean of guilt sense is significantly different from the control of the pre-test factor in the three groups. Changes in guilt sense scores are due to therapy. To determine which two groups of mean scores were significantly different, Bonferroni's post hoc test was used. There was a significant difference between the mean post-test of MBCT group and the CBT group, which means that attention-based therapy compared to cognitive-behavioral therapy has a greater effect on reducing guilt sense in patients with MDD.

Second Hypothesis

MBCT has a greater effect on reducing the suicidal symptoms of patients with MDD than CBT.

Normality was checked ($P_Value = 0.07$). It was a linear relationship between the variables and the variances are homogeneous since the P-Value is equal to 0.09 and F is equal to 6.68. Therefore, it was possible to use covariance analysis. To determine which two groups of mean scores were significantly different, Bonferroni's post hoc test was used, there is a significant

difference between the mean post-test of the MBCT group CBT group, which means that attention-based therapy compared to cognitive-behavioral therapy has a greater effect on reducing suicidal symptoms in patients with MDD.

Third Hypothesis

MBCT has a greater effect on reducing the hopelessness in patients with MDD than CBT.

Same process was done for hopelessness component, normality was checked (P-Value=0.09), and covariance analysis was possible due to linear relationship and homogeneity of variances (F=8.36, P-Value=0.06) of levene's test. Results of covariance analysis showed that (F=16.27, P-Value=0.001) which means changes in hopelessness scores were due to therapy. Finally concerning bonferroni's post hoc test, there is no significant difference between the mean post-test of MBCT group and CBT group, meaning that both types of therapy have the same effect on reducing hopelessness in patients with MDD.

Conclusion

Mindfulness-based cognitive therapy has greater effect on reducing guilt sense and suicidal thoughts and same effect on reducing hopelessness than Cognitive behavior therapy in patients with MDD. So according this study MBCT can be one of the main and effective therapy for MDD as most common mental disorder. MBCT could make enough space for monitoring and accept all feelings instead of coping with, as it see in CBT. The deep intense of patients for participating in group therapies and internalize the materials of sessions. There were some limitation for research, these plans belong to patients with major depressive disorder in just one city of Iran, Shiraz, so the results couldn't be extended to other statistical communities and other disorders. And, also, in this study just three variables were considered. Finally it is proposed to specialists and researchers to survey this study in richer statistical community and more components be employed.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر توجه آگاهی و گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش احساس گناه، افکار خودکشی و ناامیدی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

مریم السادات سعیدیان^{۱*}، حسین بقولی^۲

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۲- استادیار دانشگاه آزاد، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

چکیده

زمینه: این پژوهش با هدف تعیین مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در کاهش علائم احساس گناه، ناامیدی و افکار خودکشی بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

روش پژوهش: در این پژوهش از طرح پژوهش تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایشی و گروه کنترل استفاده شده است. نمونه پژوهش تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند از میان جامعه آماری انتخاب شد. شرکت‌کنندگان با گمارش تصادفی به وسیله قرعه در یکی از سه گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی رفتاری و گروه شاهد اختصاص یافتند (هر گروه ۲۰ نفر). درمان MBCT در طی هشت جلسه یک ساعته (پکیج‌گروه درمانی کابات زین) و CBT در طی هشت جلسه یک ساعته (پکیج‌گروه درمانی شناختی رفتاری مایکل‌فری) اجرا شد.

ابزار پژوهش: پرسش‌نامه‌های افسردگی ویلیام زانگ، شدت افسردگی بک-۲، احساس گناه موشر، ناامیدی بک، افکار خودکشی بک

نتایج: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مولفه احساس گناه و افکار خودکشی از اثربخشی بیش‌تری برخوردار بود و در زمینه ناامیدی دارای سطح‌معناداری یکسانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بود.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۷

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۶/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۳

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI: 10.30495/JPM.2022.28494.3455

واژه‌های کلیدی:

مقایسه اثربخشی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی رفتاری.

* نویسنده مسئول: مریم السادات سعیدیان

نشانی: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

تلفن: ۰۹۳۰۷۵۱۰۳۰۸

پست الکترونیکی: maryam.saeidi90@gmail.com

مقدمه

افسردگی یکی از ناتوان کننده ترین اختلال های روانپزشکی است. این اختلال مهم ترین عامل ناتوانی افراد ۱۵ تا ۴۴ ساله در ایالات متحده و نیز در جهان بشمار می رود. در بین تمام بیماری ها، افسردگی به تنهایی بیش از مشکلات دوران پری نیتال (فاصله زمانی شش ماه قبل از تولد تا یکماه پس از تولد)، عفونت های مجاری تنفسی، بیماری ایسکمیک قلبی، بیماری مغزی عروقی، ایدز و بیماری های مرتبط با اسهال، موجب ناتوانی در زندگی فرد می شود. تقریباً می توان علت این وضعیت را در مزمن و بازگشت پذیر بودن این بیماری دانست (۱). در نتیجه با توجه به آنکه افسردگی، ناتوان کننده و غالباً مزمن است، شناخت عوامل خطر زا و مداخله زودهنگام در آن اهمیت دارد (۲). در این مقاله دو درمان از مجموعه های موج سوم در کاهش سه علامت احساس گناه، ناامیدی و خودکشی با یکدیگر مقایسه می شوند. رفتار درمانی شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی.

رفتار درمانی شناختی، در کامل ترین مفهوم خود، دربرگیرنده آمیزش پیچیده ای از فنون شناختی و رفتاری است. این فنون، تا حدی شامل شیوه های مداخله های درمانی است که به وسیله سایر متخصصان، به کار گرفته می شوند؛ مانند برنامه ریزی رویدادهای خوشایند، ارزیابی مجدد معیارهای ناکارآمد رفتاری و اسنادهای افسرده ساز (۳). شناخت درمانی مبنی بر ذهن آگاهی از روی مدل کاهش استرس کابات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن های گوناگون، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین روی بدن و چند تمرین شناختی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس هاس بدنی را نشان می دهد. تمامی این تمرین ها، به نوعی تجربه به موقعیت های بدنی و پیرامون را در "لحظه حاضر" امکان پذیر می سازد و پردازش های خودکار افسردگی را کاهش می دهد. در حالت های "توجه آگاهانه" بخش اطلاعات از چرخه های دو طرفه معیوب به طرف تجربه فوری و کنونی چرخش پیدا می کند. در اصل آموزش ذهنی آگاهی به افراد یاد می دهد که چگونه مهارت های عادتی) واقع در موتور مرکزی (را از حالت های تعصب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، این بکار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می کند و باعث می شود چرخه های پردازش معیوب کم تر در دسترس قرار گیرند (۴). علامت های مورد بررسی در مقاله ناامیدی، افکار خودکشی و احساس گناه می باشند. اهمیت امید شاید بواسطه پیامدهای عدم وجود امید بهتر مورد فهم قرار گیرد. ناامیدی یک وضعیت وخیم است که منجر به افزایش یاس، افسردگی و در نهایت، فقدان اشتیاق به زندگی می شود (۵). احساس گناه به دلیل مرز نزدیکش با شرم در ادامه مورد بررسی دقیق تر قرار خواهد گرفت، بسیاری از نظریه پردازان در حوزه هیجان بر این باورند که شرم احساس منفی ای را درباره رفتار خاصی که "خود" انجام داده شامل می شود. بنابراین، مفهوم نظری اسنادهای درونی، پایدار، غیرقابل کنترل و کلی ("من آدم کودنی هستم؟") منجر به احساس شرم می شود، در حالی که اسنادهای درون، قابل کنترل و

اختصاصی (" به اندازه کافی تلاش نکردم") احساس گناه را برمی انگیزد (۶). همچنین، مولفه دیگر مورد پژوهش افکار خودکشی می باشد چراکه خودکشی دومین علت مرگ و میر در افراد ۱۵ تا ۲۹ سال است. (سایت بهداشت جهانی، ۲۰۱۷) به نظر می رسد که بیماران دچار افسردگی که گرایش به خودکشی نیز دارند معمولاً با تعدادی مسئله که نسبت به آن ها درگیری های ذهنی و نشخوارهای فکری دارند به درمانگر مراجعه می کنند؛ در واقع چنین به نظر می رسد که تفکر نشخوار گونه و افسردگی را آن ها را از حل این مسائل بازمی دارد (۷). این پژوهش به دلیل شیوع افسردگی اساسی و یافتن دقیق تر درمان جدیدتر و موثرتر از اهمیتی ویژه برخوردار است.

روش شناسی

روش این پژوهش تجربی از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. گردآوری اطلاعات در دو سطح کتابخانه ای و میدانی انجام شد. در سطح کتابخانه ای به گردآوری اطلاعات و منابع مورد نظر در خصوص متغیرهای پژوهش پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در شهر شیراز بود. نمونه آماری شامل ۶۰ نفر از این افراد بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه ۲۰ نفره که از نظر متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، هم تاسازی شده بودند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس افسردگی زونگ (SAS): ویلیام زونگ در سال ۱۹۶۵ انتشار یافت و پس از انتشار پژوهش های بسیاری در آمریکا و سایر کشورهای دنیا برای بررسی روایی و پایایی آن انجام گرفت. این پرسش نامه دارای ۲۰ ماده است و شدت افسردگی را در چهار سطح به دست می دهد. در یک پژوهش در ایران برای بررسی پایایی این آزمون بازآزمون استفاده شد و در فاصله ۱۵ روز پایایی ۰.۹۲ بدست آمد (۸). در یک بررسی دیگر نیز برای بررسی روایی پرسش نامه از روش همگرا استفاده شد. به این منظور همبستگی این پرسش نامه با آزمون افسردگی همیلتون برابر ۰.۶۳ و ارزیابی و همبستگی آن با قضاوت بالینی روانپزشک ۰.۶۹ بود (۹).

مقیاس افسردگی بک: این مقیاس برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شده، ولی پرسش نامه مورد استفاده در پژوهش، افسردگی بک - ۲ از ۲۱ سؤال تشکیل شده است که برای سنجش بازخوردها و نشانه های بیماران افسرده مورد استفاده قرار می گیرد و ماده های آن در واقع بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش ها و نشانه های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده اند. اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه گیری تا چه حد چیزی را اندازه می گیرد که ما فکر می کنیم. در پژوهش طاهری تنجانی (۱۳۹۳) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسش نامه مناسب ارزیابی شده است. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست

پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظرشده احساس گناه موشر است. روایی محتوایی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظرشده احساس گناه موشر بر اساس داوری ۷ نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضریب توافق کندال ۰/۸۲/۰ محاسبه شد (۱۲).

افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی می باشد. این پرسش‌نامه بمنظور آشکارسازی و اندازه گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته ی گذشته تهیه شده است. بر اساس تحلیل عامل با بیماران روانپزشکی آشکار شد که مقیاس افکار خودکشی بک ترکیبی از سه عامل می باشد، تمایل به مرگ (۵ سوال)، آمادگی برای خودکشی (۷ سوال)، و تمایل به خودکشی واقعی (۴ سوال). ۲۰ سوال مربوط می‌شوند به بازدارنده هایی برای خودکشی و یا کتمان خودکشی که در هیچ یک از سه عامل فوق محاسبه نشده اند. این مقیاس دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرائب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است (۱۳). در پژوهش بر روی ۱۰۰ نفر آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال اعتبار و روایی این مقیاس را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج بدست آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، هم‌چنین، اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دو نیمه ۰/۷۵ به دست آمد (۱۳).

یافته ها

جدول یک، میانگین و انحراف معیار سه گروه بر متغیرهای ناامیدی، افکار خودکشی و احساس گناه را در سه گروه نشان می‌دهد. هم‌چنین، از آزمون شیرو ویلک برای بررسی توزیع نرمال استفاده شد، توزیع متغیر ناامیدی ($P\text{-Value}=0.09$)، افکار خودکشی ($P\text{-Value}=0.07$) و احساس گناه ($P\text{-Value}=0.2$) در همه گروهها نرمال بود.

می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش طاهری تنجانی (۱۳۹۳) برای این پرسش‌نامه بالای ۰/۷ برآورد شد. ضریب پایایی (الفای کرونباخ) برای مقیاس افسردگی، ۰/۹۲ می باشد (۱۰).

مقیاس نا امیددی بک (BHS): این پرسش‌نامه شامل ۲۰ جمله است که توسط آرون تی بک ساخته شده است. فرد باید با خواندن هر آیتم پاسخ یا پاسخ خود را در طیف لیکرت پنج گزینه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص کند (البته پرسش‌نامه به صورت پاسخ خای صحیح و غلط نیز استفاده شده است). این پرسش‌نامه سه بعد نا امیددی فرد را می‌سنجد: احساس فرد نسبت به آینده، بی انگیزگی یا از دست دادن انگیزه و انتظارات. پرسش‌نامه برای افراد ۱۷ تا ۸۰ ساله طراحی شده است. مولفه ها و سوالات مربوط به هر مولفه به قرار زیر است. احساس فرد نسبت به آینده: سوالات ۱۹-۱۵-۱۳-۶-۴-۱، از دست دادن انگیزه: ۲۰-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۹-۳-۲، انتظارات: ۱۸-۱۴-۷-۵-۸. غرابی (۱۳۷۲) در پژوهش خود ضمن حاصل کردن روایی صوری و محتوایی به روش باز آزمون برابر با نمونه اصلی پایایی این ابزار را (۰/۹۳) بدست آورد. هم‌چنین، در پژوهش دژکام و همکاران (۲۰۰۳) همسانی درونی آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۷۹۷۹ برآورد شده است (۱۱).

پرسش‌نامه احساس گناه موشر: مقیاس تجدیدنظرشده احساس گناه جنسی موشر یک آزمون ۵۰ سوالی است که به وسیله موشر برای سنجش احساس گناه در مورد مسایل جنسی ساخته شده است. سوال‌های آزمون در اندازه‌های هفت درجه‌ای لیکرت از صفر تا شش، نمره احساس گناه جنسی فرد را در دامنه‌ای از صفر تا ۳۰۰ می‌سنجد. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تجدیدنظرشده احساس گناه موشر در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظرشده احساس گناه موشر در چندین پژوهش بررسی و تایید شده است. برحسب یافته‌های مقدماتی، ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های مقیاس تجدیدنظرشده احساس گناه موشر درمورد یک نمونه ۹۱۷ نفری از دانشجویان ۰/۸۷ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش نیز ۰/۸۵ بود. ضریب همبستگی نیز ۰/۷۷ بود که نشانه

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد ابعاد اختلالات رفتاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

ابعاد	گروهها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ناامیدی	MBCT	15.25	1.71	10.4	4.52
	CBT	15.45	2.66	11.9	2.24
	CONTROL	15.36	1.42	15.5	1.31
افکار خودکشی	MBCT	12.3	2.73	7.2	2.41
	CBT	12.6	3.8	8.6	3.4
	CONTROL	12.2	3.76	12	3.58

9.59	144.55	12	178	MBCT	احساس گناه
15.55	152.5	12.08	178.15	CBT	
14.36	175	14.72	175.3	CONTROL	

فرضیه نخست: درمان مبتنی بر توجه آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تاثیر بیش تری بر کاهش ناامیدی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. بین متغیرها رابطه خطی وجود دارد. مقدار F نیز برابر با ۸/۳۶ می باشد و در سطح ۰,۰۶ معنی دار نمی باشد پس واریانس ها همگن هستند. در نتیجه می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

همان گونه که گفته شد در این مطالعه سه متغیر وابسته (ناامیدی، افکار خودکشی و احساس گناه) در مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی مورد پژوهش قرار گرفته اند که در ادامه به بررسی هر کدام در قالب یک فرضیه پرداخته می شود. با توجه به اینکه طرح آزمایشی این پژوهش پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد، جهت کنترل اثر عامل پیش آزمون از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات ناامیدی دو گروه

Eta squared (effect size)	P-Value	F
0.37	0.001	16.27

و با توجه به اندازه اثر که برابر با ۰,۳۷ می باشد که نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات ناامیدی می باشد که در اثر درمان بوجود آمده است بدین معنا که ۳۷ درصد از تغییرات نمرات ناامیدی ناشی از درمان می باشد.

برای بررسی اینکه میانگین پس آزمون کدام گروهها با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است

برای بررسی اینکه آیا این تفاوت بدست آمده بین میانگین پس آزمون ناامیدی درسه گروه معنی دار است یا خیر به جدول ۴-۷ مراجعه می کنیم. همان گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است مقدار F جهت تفاوت بین گروهها برابر با ۱۶,۲۷ می باشد که در سطح معناداری ۰,۰۰۱ معنی دار می باشد. بدین معنا که میانگین ناامیدی به گونه معنی داری با کنترل عامل پیش آزمون در ۳ گروه تفاوتی معنی دار دارد

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

(I) group	(J) group	Mean Difference (I-J)	Std. Error	P-Value
MBCT	CBT	-1.407	.915	.389
	CONTROL	-5.054*	.915	.000
CBT	MBCT	1.407	.915	.389
	CONTROL	-3.646*	.915	.001
CONTROL	MBCT	5.054*	.915	.000
	CBT	3.646*	.915	.001

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر توجه آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تاثیر بیش تری بر کاهش افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. بین متغیرها رابطه خطی وجود دارد. مقدار F نیز برابر با ۶,۶۸ می باشد و در سطح ۰,۰۹ معنی دار نمی باشد، پس واریانس ها همگن هستند. در نتیجه می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود بین میانگین پس آزمون گروه درمان مبتنی بر توجه آگاهی و گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری وجود ندارد بدین معنی که هر دو نوع درمان تاثیر یکسانی بر ناامیدی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. همچنین، بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که درمان شناختی رفتاری تاثیر معنی داری در کاهش ناامیدی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات علائم خودکشی سه گروه

Eta squared (effect size)	P-Value	F
۰,۶۹	0.001	۶۴,۴۴

تفاوت معنی داری دارد و با توجه به اندازه اثر که برابر با ۰,۶۹ می باشد که نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات علائم خودکشی می باشد که در اثر درمان بوجود آمده است بدین معنا که ۶۹ درصد از تغییرات نمرات علائم خودکشی ناشی از درمان می باشد برای بررسی اینکه میانگین پس آزمون کدام گروهها با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است

برای بررسی اینکه آیا این تفاوت بدست آمده بین میانگین پس آزمون علائم خودکشی در سه گروه معنی دار است یا خیر به جدول ۳ مراجعه می کنیم. همان گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است مقدار F جهت تفاوت بین گروهها برابر با ۶۴,۴۴ می باشد که در سطح معناداری ۰,۰۰۱ معنی دار می باشد. بدین معنا که میانگین علائم خودکشی بطور معنی داری با کنترل عامل پیش آزمون در سه گروه

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

(I) group	(J) group	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value
MBCT	CBT	-1.154*	.450	.039
	CONTROL	-4.882*	.449	.000
CBT	MBCT	1.154*	.450	.039
	CONTROL	-3.729*	.450	.000
CONTROL	MBCT	4.882*	.449	.000
	CBT	3.729*	.450	.000

آگاهی تاثیر معنی داری در کاهش علائم خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد.

فرضیه سوم: درمان مبتنی بر توجه آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تاثیر بیش تری بر کاهش افکار احساس گناه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. بین متغیرها رابطه خطی وجود دارد. مقدار F نیز با ۱۰,۲۴ می باشد و در سطح ۰,۰۵۴ معنی دار نمی باشد پس واریانس ها همگن هستند. در نتیجه می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود بین میانگین پس آزمون گروه درمان مبتنی بر توجه آگاهی و گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری وجود دارد بدین معنی که درمان مبتنی بر توجه آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تاثیر بیش تری بر کاهش علائم خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. همچنین، بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که درمان شناختی رفتاری تاثیر معنی داری در کاهش علائم خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. همچنین، بین میانگین گروه مبتنی بر توجه آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که درمان مبتنی بر توجه

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات احساس گناه سه گروه

Eta squared (effect size)	P-Value	F
۰,۷۶	0.001	۸۷,۰۴

معنی داری دارد و با توجه به اندازه اثر که برابر با ۰,۷۸ می باشد که نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات احساس گناه می باشد که در اثر درمان بوجود آمده است بدین معنا که ۷۸ درصد از تغییرات نمرات احساس گناه ناشی از درمان می باشد. جهت بررسی اینکه میانگین پس آزمون کدام گروهها با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

برای بررسی اینکه آیا این تفاوت بدست آمده بین میانگین پس آزمون احساس گناه در سه گروه معنی دار است یا خیر به جدول ۵ مراجعه می کنیم. همان گونه که در جدول ۵ نشان داده شده است مقدار F جهت تفاوت بین گروهها برابر با ۸۷,۰۴ می باشد که در سطح معناداری ۰,۰۰۱ معنی دار می باشد. بدین معنا که میانگین احساس گناه به گونه ای معنی داری با کنترل عامل پیش آزمون در ۳ گروه تفاوت

جدول ۶ - نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

(I) group	(J) group	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value
MBCT	CBT	-7.826*	2.578	.011
	CONTROL	-32.723*	2.587	.000
CBT	MBCT	7.826*	2.578	.011
	CONTROL	-24.897*	2.588	.000
CONTROL	MBCT	32.723*	2.587	.000
	CBT	24.897*	2.588	.000

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می شود بین میانگین پس آزمون گروه درمان مبتنی بر توجه آگاهی و گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری وجود دارد بدین معنی که درمان مبتنی بر توجه آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تاثیر بیش تری بر کاهش احساس گناه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. همچنین، بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که درمان شناختی رفتاری تاثیر معنی داری در کاهش احساس گناه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. همچنین، بین میانگین گروه مبتنی بر توجه آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که درمان مبتنی بر توجه آگاهی تاثیر معنی داری در کاهش احساس گناه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد.

افکار خودکشی می توان گفت؛ به نظر می رسد که بیماران دچار افسردگی که گرایش به خودکشی نیز دارند معمولاً با تعدادی مسئله که نسبت به آن ها درگیری های ذهنی و نشخوارهای فکری دارند به درمانگر مراجعه می کنند؛ در واقع چنین به نظر می رسد که تفکر نشخوار گونه و افسردگی را آن ها را از حل این مسائل بازمی دارد (۲۰). این بیماران در اثر به کارگیری تمرین افزایش توجه و آگاهی، پردازش های منفی در آن ها کاهش یافته و از این رو با کم شدن توجه به خود، افزایش آگاهی بدست می آید و از این راه آسیب پذیری های هیجانی به شدت کاهش می یابند. به سخن دیگر، در جریان مداخلات ذهن آگاهی به جای اینکه فرد با افکار و تحریف های شناختی خود مواجه شود و آن ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را پیدا می کند (۲۱).

اثرات درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی به شیوه گروهی باعث بالا رفتن توان مقابله سازگاری، ایجاد حس امیدواری، پاسخگویی بیش تر به درمان شده و لذا پیامدهای درمانی بیش تری تحت تاثیر قرار می گیرند؛ اما باید توجه داشت که تداوم این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش تکنیک های ذهن آگاهی و شناختی رفتاری در سراسر زندگی می باشد، به گونه ای که این شیوه به یک سبک زندگی تبدیل شود (۲۲). در سال های اخیر موضوع حضور ذهن مورد توجه بسیاری از روان شناسان و حتی پزشکان واقع شده است از این رو پژوهشگران نشان داده اند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب، افسردگی، انواع فوبی ها، خوردن مرضی و استرس و بیماری های دیگر ارتباط دارد. حضور ذهن می تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقشی مهم را در تنظیم رفتاری ایفا کند (۲۳). افزون بر این، با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. بسیاری از نظریه های آسیب شناسی روانی و روان درمانی اهمیت آگاهی، حضور و مشاهده گری را در سلامت روانی مورد بحث قرار داده اند (۲۴).

نتیجه گیری

درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی در مقایسه با درمان شناختی

این پژوهش به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی بر کاهش علائم خودکشی، احساس گناه و ناامیدی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می پردازد. گفتمنی است که نمونه مورد مطالعه از نظر ویژگی های دموگرافیک به لحاظ سن، سطح تحصیلات، و جنسیت همتا سازی شدند. همچنین، به منظور تشخیص اختلال، از پرسش نامه کمک تشخیصی زانگ و مصاحبه بالینی توسط متخصص بهره گرفته شد و حداقل سابقه ابتلا یکسال بود. یافته پژوهش با نتایج مطالعات محرمی و همکاران (۱۴) جورمن و همکاران (۱۵)، پرات و همکاران (۱۶)، محمودی و همکاران (۱۷) همسو بود. در تبیین یافته های مربوط به علامت احساس گناه می توان گفت؛ احساس گناه موشر (۱۹۶۵) گناه را بر مبنای نظریه ی رفتارگرایی تعریف کرده است. تمایل به خود تنبیهی بخاطر سرپیچی یا نقص استانداردهای درونی شده رفتار (۱۸). همچنین، راجع به علامت دیگر مورد پژوهش، ناامیدی می توان گفت؛ افسردگی، اضطراب و استرس از عوامل تأثیرگذار مهم بر کاهش امید در مددجویان است که در توجیه این یافته می توان گفت، فنون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و یوگای هوشیارانه، از یک طرف موجب افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی و بهبود قابلیت های فردی و اجتماعی می شود و در نتیجه عوامل روان شناختی چون افسردگی و ناامیدی کاهش می یابد (۱۹). همچنین، در تبیین یافته های مربوط به

بحث

فصلنامه علمی - پژوهشی روش ها و مدل های روان شناختی. ۱۴۰۱؛ ۱۳ (۴۹): ۱۴۶-۱۳۵

منفی و ناامیدی ایجاد می کنند بلکه به دلیل آرامش حاصل شده قدرت تفکر و حل مساله آن ها نیز رشد خواهد کرد در نتیجه از احساس ناامیدی کاسته می شود و با توجه به اینکه سمت سوی درمان شناختی رفتاری نیز به سمت حل مساله می باشد این دو درمان به یک مقدار در بهبود این مولفه اثرمند بوده اند. درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تاثیر بیش تری بر کاهش افکار خودکشی دارد. در اثر بکارگیری تمرین افزایش توجه و آگاهی، پردازش های منفی در آن ها کاهش یافته و از این رو، با کم شدن توجه به خود، افزایش آگاهی بدست می آید و از این راه آسیب پذیری های هیجانی به شدت کاهش می یابند. به سخن دیگر، در جریان مداخلات ذهن آگاهی به جای اینکه فرد با افکار و تحریف های شناختی خود مواجه شود و آن ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را پیدا می کند (۲۱). در نتیجه این موضوع موجب برتری آن در اثربخشی افکار خودکشی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری شد، چراکه در درمان شناختی رفتاری افکار توسط فرد به چالش کشیده می شوند و فرد از راه شناسایی و یافتن پاسخ منطقی برای هر فکر ناخودآیند با آن ها روبرو می شود و در واقع آن ها را قضاوت می کند، اصلی که در درمان فراشناختی ذهن آگاهی نهی شده است، چنانچه از نتایج حاصله مشخص شد این تفاوت در ماهیت، بر افکار خودکشی که پرخطرترین فاکتور در بیماران افسردگی اساسی می باشد، تاثیری بسزا داشته است.

این پژوهش با محدودیت هایی روبه رو بوده است. محدودیت اول دسترسی به آزمودنی ها و تعداد کم حجم نمونه بود. این پژوهش فقط در شهر شیراز انجام شد. پیشنهاد های پژوهشی عبارتند از: انجام پژوهش در دیگر اختلالات از جمله وسواس، انجام پژوهش در مقیاسی بیش تر از حجم نمونه، مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی با دیگر درمان ها، همچنین، دیگر علامت های اختلال افسردگی اساسی از جمله نشخوار فکری بررسی شود.

رفتاری تاثیر بیش تری بر کاهش احساس گناه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارد. این رویکرد با کاهش نشخوار ذهنی، احساس مسئولیت فرد را در مقابل رویدادهای منفی گذشته کاهش می دهد، همچنین، با القای تدریجی احساس عمیق رضایت از کار و افزایش انعطاف پذیری آنها باعث کاهش احساس گناه در فرد می شود؛ به این ترتیب تلاش فرد را برای جبران موقعیت هایی که به اشتباه، ناکامل تصور می کند و به واسطه آن احساس گناه می کند را کاهش و سازگاری او را افزایش می دهد. فرد با نادیده انگاری موارد مثبت، بزرگنمایی شکست ها و کوچک نمایی موفقیت ها، احساس گناه را در خود افزایش می دهد؛ بنابراین، مداخله شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی با هدف قراردادن این گونه تحریف ها و اصلاح آنها به کاهش احساس گناه در فرد می انجامد (۲۵). در این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی با تکیه بر لحظات آنگونه که هستند، بدون قضاوت در نظر گرفتن افکار و بودن در لحظه حال موفقیت بیش تری را در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در درمان این علامت از مجموعه علائم اختلال افسردگی اساسی کسب کرده است. همچنین، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش احساس ناامیدی به یک مقدار تاثیر دارند. در توجه این یافته می توان گفت چون ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجان ها و پدیده های فیزیکی، کمک می کند؛ بنابراین، آموزش آن به مددجویان باعث می شود که آنان احساسات خود را بپذیرند و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به مشکلاتشان می شود. در این راستا مطالعات مبین این است که بازداری هیجانی به عنوان یک راهبرد منفی در تنظیم هیجان منجر به بیماری های جسمی می شود و باز ارزیابی شناختی هیجان ها به عنوان یک راهبرد مثبت تنظیم هیجان، بهبود وضعیت جسمانی را در پی دارد (۲۴). بر اساس این پژوهش افراد با مشاهده افکار خود به گونه ای خنثی و بی قضاوت و شناختن ماهیت آن ها، افزون بر آنکه فضای کافی برای هر هیجانی بالاخص هیجان های

Reference

1. Leahy R, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford press. 2011.
2. Stoffer ES. The effect of discussion and self focusing on interpersonal problem solving amongdysphoric and nondysphoric individuals. PhD Thesis, University of Galgry, Canada. 2000.
3. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. Oxford University Press. 1989.
4. Mousavi A, Pourhosein R, Zare-Moghaddam A, Rezaei R, Hasani Estalkhi F, Mirbluk bozorgi A. Mindfulness-based

- cognitive therapy (MBCT). Rooyesh-e-Ravanshenasi, 2020, 9(4); 134
5. Folkman S. Stress, coping, and hope. In Psychological aspects of cancer 2013, pp. 119-127. Springer, Boston, MA.
6. Niedenthal PM, Tangney JP, Gavanski I. "If only I weren't" versus "If only I hadn't": Distinguishing shame and guilt in conterfactual thinking. Journal of personality and social psychology, 1994, 67(4), 585. doi: 10.1037//0022-3514.67.4.585.
7. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on psychological science, 2008, 3(5), 400-424.
8. Khodabakhash R, Khosravi ZOHREH, Shahangian S. Effect of positive

- psychotherapy in depression symptoms and character strengths in cancer affected patients. *Positive psychology research*, 2015, 1(1), 35-50.
9. Vahedi SH, Fathabadi J, Akbari S. A mediated model of emotional and social feeling of loneliness, spiritual well-being, social distancing and depression in female university students. 2011.
10. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, Ghisvandi E. Validity and reliability Beck depression inventory-II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2015, 22(1), 189-198.
11. Gharaei B, Mehryar M, Mehrabi F. Attribution style in patients with anxiety and depression comorbidity. *IJPCP*, 2000, 5(4), 37-43.
12. Starks SH, Hughey AW. African American women at midlife: The relationship between spirituality and life satisfaction. *Affilia*, 2003, 18(2), 133-147.
13. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi H, Ahmadi Nodeh Kh. Assessing the validity of the Beck Suicide Thought Scale in soldiers. *Journal of Military Medicine*, 2005, 1(7), 33-37.
14. Moharami J, Sobhigharmaleki N, Abolqassemi A. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on frustration and dissatisfaction in depressed students. *Farhang Azad Islamic University*, 2015, 6(3), 443-459
15. Joormann J, Gotlib IH. Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of abnormal psychology*, 2007, 116(1), 80-85.
16. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *The Lancet*, 2006, 368(9530), 119-123.
17. Mahmoudi H, Ghaderi S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in reducing depression, stress, and anxiety among ex-addicts in Tabriz central prison. *Scientific Quarterly of Addiction Research*, 2017, 11(43), 195-215.
18. Mosher DL. Interaction of fear and guilt in inhibiting unacceptable behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 1965, 29(2), 161-167. doi:10.1037/h0021748
19. Volgsten H, Svanberg AS, Ekselius L, Lundkvist Ö, Poromaa IS. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 2010, 93(4), 1088-1096.
20. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 2008, 3(5), 400-424.
21. Mohammadkhani P, Khanipoor H. Therapies based on Mindfulness. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2015.
22. Movahedzadeh B, Shahveisi S. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression, quality of life and hope in Qorveh County Relief Committee clients. *Journal of New Developments in Behavioral Sciences*, 2017, 11(2), 35-47. COI:<https://civilica.com/doc/721655>
23. Ryan RM, Deci EL. The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological inquiry*, 2000, 11(4), 319-338.
24. Aqabagheri H, Mohammadkhani P, Omrani S, Farahmand A. The effectiveness of cognitive group therapy based on the presence of the mind to increase mental well-being and hope of patients with MS. *Journal of Clinical Psychology*, 2012, 4 (1). 23-30.
25. Colle KFF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2010, 16(1), 36-40. COI: URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-2382-fa.html>

