



اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکرد اجرایی، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بیماران افسرده

زهرا بستانگر<sup>۱</sup>، علیرضا بلوطی\*<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۲۶

چکیده

افسردگی یک اختلال شایع و جدی روان‌شناختی است که بر احساس، طرز تفکر و نحوه عمل فرد تأثیر منفی می‌گذارد. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکرد اجرایی، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز بود. از بین بیماران افسرده واجد شرایط ورود به پژوهش ابتدا ۳۰ بیمار به صورت در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارش شد. روش پژوهش شبه آزمایشی مبتنی بر پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس نارسایی شناختی (برادبنت)، پرسشنامه تنظیم هیجان (گارفنکسکی و همکاران)، آزمون جور کردن کارت‌های ویسکانسین (گرانث و برگ) استفاده شد. پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بیماران افسرده در طی ده جلسه اجرا شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل تحلیل کوواریانس یک متغیری و چندمتغیری بود. بر طبق نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) و چند متغیری (مانکوا) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکرد اجرایی (خطای درجاماندگی) تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بیماران افسرده مؤثر بود. نتایج پژوهش نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود خطای درجاماندگی، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بیماران افسرده می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، تنظیم هیجانی، کارکرد اجرایی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نارسایی شناختی

۱- دانشجوی گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران.  
۲- \*نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران.  
theacher057@gmail.com

## مقدمه

افسردگی یک اختلال روانی بسیار شایع است که بیش از ۱۲۰ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد از جمعیت در طول زندگی خود دچار افسردگی می‌شوند. مسائل فردی، اجتماعی و اقتصادی عامل مهمی در ایجاد افسردگی است و تخمین زده می‌شود که افسردگی عامل اصلی ناتوانی در سراسر جهان باشد (نزو، مک کلور و نزو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). غم و ناامیدی برای بسیاری از مردم تجربه‌های رایجی است که در طول تاریخ در بافت‌های فرهنگی اقوام مختلف دیده شده است. افسردگی یک اختلال شایع اما از نظر بالینی ناهمگن است که اغلب با سایر اختلالات همراه است. روش‌های تشخیصی کنونی بر شناسایی مجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی و رفتاری که از طریق مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته تکیه می‌کنند تعریف شده است. افسردگی می‌تواند بر عملکردهای روانی ما تأثیر بگذارد، سبب کاهش عملکرد حافظه و یا حتی اختلال در تصمیم‌گیری شود و عملکردهای اجرایی قشر پیش‌پیشانی مغز را درگیر کند (جیندرا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

کارکرد اجرایی محصول هماهنگی‌های سیستم‌های عصبی مختلف تلقی می‌شود و برای دستیابی به یک هدف خاص به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و مناسب ضروری است. قشر پیش‌پیشانی نشان داده است که یک ساختار مهم برای عملکردهای اجرایی است (فریدمن و رابینز<sup>۳</sup>، ۲۰۲۲). مطالعات کالبدشکافی، ویژگی‌های منحصربه‌فردی در رفتار بیماران مبتلا به آسیب پیشانی نشان داد که معمولاً در اکثر آزمایش‌های روان‌شناختی ضریب هوشی معمولی از خود نشان می‌دهند، عملکردهای حافظه طبیعی طولانی‌مدت دارند و مهارت‌های ادراکی، حرکتی و زبانی طبیعی از خود نشان می‌دهند (اورشفانی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). با این حال، هنگامی که این بیماران نیاز به ایجاد یک برنامه عملی جدید و سازگار دارند یا از بین چندین گزینه جایگزین به احتمال زیاد باید بهترین را انتخاب کنند، مشخص می‌شود که فعالیت فکری آن‌ها به شدت مختل شده است. این اختلال در فعالیت‌های فکری، ناشی از قضاوت ضعیف، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری و همچنین سازمان‌دهی زمانی ضعیف رفتار و حافظه ضعیف است (گوآرینو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

در افراد افسرده اختلال کارکردهای اجرایی در طیف شدید آن رخ می‌دهد. انواع اختلال در کارکردهای اجرایی بیشتر شامل اختلال در برنامه‌ریزی و انجام فعالیت‌های هدفمند است. وجود اختلال کارکرد اجرایی در افسردگی با ناتوانی شغلی و احتمالاً پاسخ درمانی ضعیف‌تر همراه است. زمانی که فرد در تصمیم‌گیری‌هایش در زندگی اختلال ایجاد شود و نتواند افکار خود را سازمان‌دهی کند تصمیمات

- 
1. Nezu, McClure & Nezu
  2. Jindra
  3. Friedman & Robbins
  4. Ouerchefani
  5. Guarino

غلطی می‌گیرد که مستقیماً بر زندگی او تأثیرات منفی بسزایی دارد و باعث می‌شود افکارش به هم‌ریخته و هیجانات منفی بروز دهد. بروز هیجانات منفی رابطه مستقیمی با آسیب‌های جبران‌ناپذیر به همراه مبتلا شدن به اختلالات مختلف روان‌پزشکی دارد (ونات<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). افراد مبتلا به افسردگی به دلیل خصیصه‌ها و ویژگی‌هایی که اختلال با خود به همراه دارد در تمرکز و توجه دچار مشکل هستند و همین مسئله مانع از داشتن یک توجه فعال آگاهانه شده و در کارکرد اجرایی آن‌ها تداخل ایجاد می‌کند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا بتوانند توجه هشیارانه و آگاهانه‌ای نسبت به رویدادهایی که در لحظه برای آن‌ها اتفاق می‌افتد داشته باشند. تمرین‌های ذهن آگاهی و تکالیفی که در این رویکرد به افراد داده می‌شود موجب می‌شود آن‌ها متوجه رویدادهای جاری در طی انجام یک تکلیف باشند همین مسئله کمک می‌کند تا دچار خطای درجاماندگی در تکلیفی مثل کارت‌های ویسکانسین نشوند (چن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

هیجان رویدادی پیچیده است که شامل چند بعد است که انسان از آن برای کنترل خود استفاده می‌کند. تنظیم هیجان فرآیندی است که توسط آن، افراد هیجان‌های خود (موقع که هیجانی هستند) و چگونگی تجربه یا ابراز این هیجان‌ها را تحت کنترل خود قرار می‌دهند (مونگویا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). هنگامی که فرد دچار افسردگی می‌شود هیجانات به هم می‌ریزد. در آزمایشی مشخص شد که بیماران افسرده در آزمون‌های مربوط به پردازش هیجانی که به ادراک، حافظه، توجه و حافظه کاری نیز مربوط می‌شود، پاسخ‌های منفی‌تری می‌دهند. علاوه بر این، بیماران افسرده عملکرد تغییر یافته‌ای را در پردازش پاداش و تنبیه نشان می‌دهند که نشان‌دهنده افزایش حساسیت نسبت به هیجانات منفی و کاهش هیجانات مثبت به بازخورد مثبت و کاهش یادگیری مرتبط با نشانه‌های پاداش است (سانتی و استار<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). افراد مبتلا به افسردگی به دلیل ماهیت بیماری‌شان به شدت مستعد استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی آسیب‌زا مثل سرزنش خود و دیگری، فاجعه‌آمیز کردن و نشخوار فکری هستند که همه این‌ها باعث می‌شود تا تنظیم هیجانی در بیماران افسرده به شدت مختل شود. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه‌ای به منظور افزایش فرایند توجه وجود دارد که می‌تواند از عوامل ایجادکننده خلق منفی، افکار منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده جلوگیری کرده و به ایجاد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند کمک به سزایی می‌کند که پیامد آن تنظیم هیجانی است (وندرا لاینده<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

زمانی که فرد ناتوان از انجام دادن و تکمیل کارهایی که به او محول شده، باشد به این حالت نارسایی شناختی گفته می‌شود. نارسایی‌های مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی را می‌توان جزو این نارسایی‌ها به حساب آورد به عبارتی نارسایی شناختی سازه‌ای چندبعدی است که شامل خطا در شکل

1. Onat
2. Chen
3. Munguía
4. Santee & Starr
5. Vanderlind

دادن به اهداف، خطا در فعال‌سازی طرح‌واره‌ها و خطا در راه‌اندازی کنش‌ها است (دسوزا<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲). در افراد مبتلا به افسردگی نارسایی شناختی به‌شدت دیده می‌شود آن‌ها در تعیین اهداف، تلاش در جهت رسیدن به اهداف، تمرکز و توجه دچار مشکل هستند. هدف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تغییر آگاهی و ایجاد رابطه جدید با افکار است که نتیجه آن اصلاح کاهش نارسایی شناختی بیمار است. در واقع تمرین‌های مراقبه و تنفس در پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیمار افسرده کمک می‌کنند تا تمرکز دقت و توجه بیشتری در حین کار بر روی تکالیف و در طی زندگی روزمره داشته باشد (شیم<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

بنابراین هر سه متغیر عملکردهای اجرایی، تنظیم هیجانات و نارسایی شناختی سبب بازماندن افراد از انجام اعمال روزانه خود می‌شود و این حالتی را ایجاد می‌کند که افراد مبتلا به افسردگی مسیر سخت‌تری در زندگی خود داشته باشند و به همین دلیل ما باید به دنبال روشی برای درمان اختلال افسردگی در این بیماران به همراه بهبود عملکردهای اجرایی، تنظیم هیجانات و نارسایی شناختی باشیم. روش‌های متعددی برای درمان وجود دارد ولی از میان آن‌ها شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از مهم‌ترین روش‌های ابداع‌شده است که برای اولین بار توسط سگال به کار گرفته شد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که شناخت درمانی بر پایه ذهن آگاهی را ارائه می‌دهد تمرکز خاصی بر توجه بر لحظه حال می‌کند که یکی از اساسی‌ترین رویکردهای ذهن آگاهی است (یو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

ذهن آگاهی نوع خاصی از مدیتیشن است که درزمینه روان‌درمانی بسیار موردتحقیق و آزمایش قرارگرفته است اکثر افراد فکر می‌کنند مدیتیشن یعنی یک‌گوشه بنشینند و به چیزی فکر نکنند و فقط با چشمان بسته تمرکز کنند اما مدیتیشن عبارت است از توجه نظام مند به چیزی که قصد دارید روی آن تمرکز کنید و شامل مراحل خاصی می‌شود. مدیتیشن خود دو نوع رسمی و غیررسمی دارد. تمرکز ذهن آگاهی به روی رفع مشکلات نیست بلکه بیشترین تمرکز آن بر پذیرش مشکلات است. حل مشکل در وهله‌های بعدی است که اهمیت دارد زیرا ذهن آگاهی به ما یاد می‌دهد که به‌طور مثال به‌جای جنگ با افکار اضطرابی آن را بپذیریم. ریشه ذهن آگاهی در سنت‌های متفکرانه شرقی است و اغلب با تمرین رسمی مدیتیشن ذهن آگاهی همراه است. در حقیقت، ذهن آگاهی را قلب مراقبه بودائی می‌نامند. ذهن آگاهی ذاتاً یک حالت آگاهی است که شامل توجه آگاهانه به تجربه لحظه‌به‌لحظه فرد می‌شود. تمرین مدیتیشن به‌سادگی یک سازه است که برای توسعه حالت یا مهارت ذهن آگاهی استفاده می‌شود (کابات-زین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از مدلی از آسیب‌پذیری شناختی ایجاد شد که بیان می‌کرد افرادی که عود افسردگی را تجربه می‌کنند الگوهای متفاوتی از تفکر منفی نسبت به افرادی که عود را

---

1. De Sousa  
2. Shim  
3. Yu  
4. Kabat-Zinn

تجربه نمی‌کنند دارند. طبق این مدل، برای کسانی که قبلاً عود را تجربه کرده‌اند، تغییرات خلق منفی کوچک ممکن است باعث عود شود، زیرا می‌توانند الگوهای تفکر افسردگی را فعال کنند که شبیه به افکار تجربه‌شده در دوره‌های افسردگی قبلی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افراد مبتلا به افسردگی را تشویق می‌کند تا از رویدادهای درونی خود (افکار، احساسات و احساسات بدنی) آگاه‌تر شوند و راه‌های ارتباط خود را با این افکار تغییر دهند. به‌عنوان مثال، افراد تشویق می‌شوند که افکار خود را به‌عنوان رویدادهای گذرا در ذهن ببینند، نه اینکه آن‌ها را به‌عنوان واقعیت در نظر بگیرند (کابات-زین، ۲۰۰۵).

انجام پژوهش حاضر می‌تواند به افراد مبتلا به افسردگی کمک کند تا با کاهش درجاماندگی، بهبود تنظیم شناختی و کاهش نارسایی شناختی در زندگی شخصی، تحصیلی و شغلی عملکرد بهتری داشته باشند. دچار خطاهای آسیب‌زا برای سلامتی‌شان در حین کار یا زندگی روزمره نشوند. در تعامل‌های بین فردی ارتباط بهتری با دیگران برقرار کنند. درگیر استفاده از شیوه‌های تنظیم هیجانی آسیب‌زا نشوند و در نتیجه کیفیت زندگی و عملکرد بهتری در زندگی داشته باشند. همچنین به سازمان‌ها و نهادهایی مثل مراکز مشاوره و روان‌پزشکی کمک می‌کند تا یک رویکرد درمانی مؤثر بر این مشکلات در افراد افسرده را که مؤثر و اثربخش بوده شناسایی کرده و در کار بالینی با حمایت از درمانگران مسلط بر این رویکرد یعنی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارائه خدمات مؤثرتر به بیماران افسرده نقش داشته باشند. در این پژوهش ما تلاش داریم تا روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر متغیرهای ذکرشده آزمایش نماییم. پیشینه پژوهش از تأثیرگذاری این روش درمانی بر متغیرهای مذکور خبر می‌دهد بطور مثال در پژوهش پویزانت و همکاران (۲۰۲۰) درمان ذهن آگاهی یک درمان مفید در بهبود کارکردهای اجرایی افراد افسرده می‌باشد؛ یا در پژوهش دیگری نظیر مامد<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که خواب و تنظیم شناختی هیجانی توسط ذهن آگاهی می‌تواند بخوبی بهبود پیدا نماید. در پژوهش دیگری که یک مرور سیستمی بود کرینس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲) بخوبی از تأثیرگذاری درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی ب بهبود نارسایی شناختی تاکید نمود. اما نکته حائز اهمیت آزمون نشدن این روش درمانی بر این متغیرها در یک پژوهش و به‌طور کلی در درون کشور است و این یک شکاف در تحقیقات آزمایشی است. از سوی دیگر این پژوهش می‌تواند به شرکت‌کنندگان کمک شایانی در کاهش علائم افسردگی بنماید از این جهت اجرای این پژوهش مهم است.

بر این اساس، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکردهای اجرایی (خطای درجاماندگی)، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بیماران افسرده است. پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر

کارکردهای اجرایی (خطای درجاماندگی)، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بیماران افسرده مؤثر است؟

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های با هدف کاربردی و نوع پژوهش کارآزمایی بالینی با طرح شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی (تعداد ۸۷ نفر) شهرستان اهواز است که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به مراکز مشاوره این شهرستان جهت انجام مشاوره مراجعه نموده‌اند. نمونه پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌گیری در دسترس و از بین افرادی که در سال ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه نموده و مبتلا به افسردگی تشخیص داده شده بودند به‌دست‌آمده که از بین افراد واجد شرایط ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و نمره برش بالای ۱۹ به‌دست‌آمده از ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک، انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به اختلال افسردگی بر اساس نقطه برش بالای ۱۹ در پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، توانایی درک پرسشنامه‌های پژوهش و ماهیت مداخله، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله، ابتلا به اختلال روان‌پزشکی دیگر و قرار گرفتن در معرض درمان‌های روان‌شناختی دیگر بود.

## آزمون جور کردن کارت‌های ویسکانسین

برای سنجش کارکردهای اجرایی از آزمون جور کردن کارت‌های ویسکانسین استفاده کردیم. این آزمون که از کارت‌های مختلف با اشکال مختلف تشکیل شده است توسط گرانت و برگ در سال ۱۹۴۸ برای اندازه‌گیری مفهوم‌سازی، پاسخ‌دهی تکراری و استدلال انتزاعی افراد دامنه سنی ۱۰ تا ۸۹ ساله به کار می‌رود. این آزمون همچنین برای سنجش فعالیت پیش‌پیشانی مغز استفاده می‌شود که مناسب پژوهش ما است. دو اصل اساسی سنجش در این پژوهش طبقه‌بندی‌های انجام‌شده و خطاها است. نمره دهی در این آزمون بدین‌صورت است که هرچه تعداد طبقات بالاتر و خطا کمتر باشد فرد از عملکردهای اجرایی بهتری برخوردار است. تعداد طبقات دامنه‌ای بین صفر تا ۶ دارد (زاگزینس و همکاران، ۲۰۱۶).

در این آزمون به آزمودنی دسته‌ای از ۶۴ کارت ارائه می‌شود که بر روی آن‌ها یک الی ۴ نماد به‌صورت مثلث، ستاره، صلیب، دایره که به ترتیب به رنگ‌های قرمز، سبز، زرد و آبی نقش بسته است که هیچ دو کاردی شبیه یکدیگر نیست (مثلث به رنگ قرمز، ستاره به رنگ سبز و صلیب به رنگ زرد و دایره به رنگ آبی وظیفه آزمودنی این است که باید بر اساس اصلی که اثر الگوی پاسخ‌های آزماینده نسبت به جایگذاری کارت‌ها توسط خودش استنباط می‌کند کارت‌ها دیگر را یکی‌یکی زیر ۴ کارت

اصلی که به ترتیب شامل ۱ مثلث قرمز، ۲ ستاره سبز، ۳ صلیب زرد و ۴ دایره آبی است قرار دهد. برای مثال اگر اصل مذکور رنگ باشد، جایگزینی صحیح این است که کارت قرمز قطع‌نظر از شکل یا تعداد نمادها در زیر یک مثلث قرمز قرار می‌گیرد، متقابلاً آزمایشنده هم جواب را خواهد داد، آزمودنی فقط شروع به جایگذاری کارت‌ها می‌کند و آزمایشنده به او می‌گوید که آیا هر جایگزینی درست است یا خیر؟ بعد از اینکه یک دور جایگزینی صحیح ۱۰ کارت در یک ردیف انجام شد آزمایشنده اصل مذکور را تغییر می‌دهد به این ترتیب که الگوی گفته‌های درست و غلط خود را عوض می‌کند (اورد و همکاران، ۲۰۱۸).

خطای تکرار زمانی رخ می‌دهد که آزمودنی بر طبق قانون قبلی کارت‌ها را جاگذاری کند نه بر طبق قانون جدید و یا اینکه در سری اول موقعی که آزمودنی در دسته‌بندی بر اساس یک حدس اشتباه ابتدایی اصرار بورزد. نمره خطای شاخصی برای نشان دادن مشکلات در شکل‌گیری مفهوم و انعطاف‌پذیری مفهوم است. عملکرد ضعیف در انجام این آزمون می‌تواند ناشی از انواع مختلفی از نقایص ذهنی باشد، آزمودنی ممکن است در دسته‌بندی کردن مطابق طبقه امکان داشته باشد که این اشکال حاکی از اختلال در مفهوم‌سازی و نظارت و کنترل خود است و این نشان‌دهنده اختلال در عملکردهای اجرایی قشر پیش‌پیشانی است (شاهقلیان و همکاران، ۱۳۹۰). در مطالعه اسپرین و استراوس (۱۹۹۱) پایایی آزمون جور کردن کارت‌های ویسکانسین برابر با ۰/۸۳ ذکر شده است (مهری نژاد، خدابخش پیرکلانی و مظفری، ۱۴۰۰). شاهقلیان و همکاران (۱۳۹۰) در بررسی افتراقی نرم‌افزار پایایی این آزمون را به دو شیوه همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و دونیمه کردن ضرایب ۰/۷۴ و ۰/۸۷ را به دست آوردند. پایایی محاسبه‌شده در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ است.

### پرسشنامه تنظیم هیجان

پرسشنامه تنظیم هیجان ابزاری چندبعدی است که توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۲ تدوین شده است و جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه نمره‌گذاری می‌شود و به گزینه‌های پاسخ به ترتیب از نمره ۰ تا نمره ۴ تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه در مجموع ۷ خرده‌مقیاس زیر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: تمرکز مثبت مجدد/ برنامه‌ریزی (ماده‌های ۴، ۵، ۶، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۳، ۳۱، ۳۲ و ۳۴)، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع‌تر (ماده‌های ۷، ۱۶، ۲۲، ۲۴، ۲۵ و ۳۳)، سرزنش دیگران (ماده‌های ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶)، سرزنش خود (ماده‌های ۱، ۱۰ و ۲۸)، نشخوار فکری (ماده‌های ۳، ۱۲، ۱۹، ۲۱ و ۳۰)، فاجعه‌آمیز کردن (ماده‌های ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵) و پذیرش (ماده‌های ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹). راهبردهای کارآمد نظم جویی شناختی هیجان شامل تمرکز مثبت مجدد/ برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع‌تر و پذیرش هستند. راهبردهای ناکارآمد نظم جویی شناختی هیجان شامل سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز کردن هستند.

گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی بر اساس همسانی درونی و بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه را در محدوده همبستگی ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش کردند. در ایران نیز سامانی و صادقی (۱۳۸۹) پایایی بر اساس همسانی درونی و بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و همچنین پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه را در محدوده همبستگی ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. نیکخواه و یوسفی (۱۴۰۰) پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۱، برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کارآمد ۰/۶۷، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناکارآمد ۰/۷۳ و برای خرده راهبردها در محدوده ۰/۴۳ تا ۰/۸۴ به دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی راهبردهای ناکارآمد نظم جویی شناختی هیجان بر مبنای پایایی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد. روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس (با تبیین ۷۴ درصد واریانس) و همبستگی بین زیر مؤلفه‌ها با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است (حسینی، ۱۳۹۰)

### مقیاس نارسایی شناختی

مقیاس نارسایی شناختی در سال ۱۹۸۲ توسط برادبنت و همکاران ساخته شده است. در این مقیاس ۲۵ ماده به شکل پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم (۰) تا خیلی زیاد (۴)) طراحی شده است که نمرات آن دامنه‌ای میان صفر تا ۱۰۰ دارد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده نارسایی شناختی بیشتر است. ۲۵ ماده این پرسشنامه در ۴ خرده مقیاس حواس‌پرتی (۱، ۳، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۱ و ۲۵)، مشکلات مربوط به حافظه (۲، ۶، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۲۳ و ۲۴)، عدم یادآوری اسامی (۷ و ۲۰) و اشتباهات سهوی (۴، ۵، ۸، ۹، ۱۸، ۱۹ و ۲۲) طراحی شده است که در زیر سؤالات و این خرده مقیاس‌ها آورده شده است. در بررسی که توسط مکاسی و همکاران (۲۰۰۴) انجام گرفت ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. در ایران، آب باریکی و همکاران (۱۳۹۶) ضریب پایایی برای کل مقیاس نارسایی شناختی برابر با ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس‌های حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، عدم یادآوری اسامی و اشتباهات سهوی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۰ و ۰/۷۴ محاسبه کردند. همچنین در پژوهش حاضر پایایی مقیاس نارسایی شناختی بر اساس همسانی درونی و به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ محاسبه شد.

### پرسشنامه افسردگی بک

در این پژوهش به‌منظور سنجش افسردگی از پرسشنامه افسردگی که توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) نگارش شده است استفاده نمودیم این نسخه که دومین نسخه پرسشنامه افسردگی است طبق طیف



چهارگزینه‌ای لیکرت طراحی شده است و افسردگی را در افراد می‌سنجد. پرسشنامه افسردگی بک یک پرسشنامه تک عاملی است. این پرسشنامه، بر درجه‌بندی چهارگزینه‌ای لیکرت (۰ تا ۳) صورت‌بندی شده است و دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۱ تا ۶۳ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر افسردگی خواهد بود و بالعکس. در این پرسشنامه نمره بین ۰ تا ۲۱: میزان افسردگی افراد در حد پایینی است، نمره بین ۲۱ تا ۴۲: میزان افسردگی افراد در حد متوسطی است و نمرات بالاتر از ۴۲: میزان افسردگی افراد در حد بالایی است. اگر نیاز به یک نقطه برش واحد باشد نمره ۱۲/۱۳ دلالت بر ملال و نمره ۱۹/۲۰ دلالت بر افسردگی بالینی دارد. در پژوهش حاضر این تقسیم‌بندی ملاک قرار گرفت و نقطه برش ۱۹ به‌عنوان ملاک افسردگی لحاظ شد. بک و همکاران (۱۹۹۶) برای ارزیابی پایایی و ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را برای دانشجویان و بیماران سرپایی گزارش کردند. مطالعه مرادی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد آلفای کرونباخ برای ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی برابر با ۰/۷۳ است. همچنین پایایی محاسبه‌شده برای این پرسشنامه در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

در پژوهش حاضر پس از اخذ مجوزهای لازم از جمله کد اخلاق به شناسه IR.DUMS.REC.1401.030 از سوی کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی دزفول، ابتدا پیش‌آزمون روی هر دو گروه اجرا شد، سپس گروه آزمایش در معرض پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) تدوین شده است و مشتمل بر ۱۰ جلسه مداخله ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی است قرار گرفت. برای کنترل اثر آزمودنی و درمانگر برای گروه کنترل، آموزش‌های نامرتبلی در نظر گرفته شد. پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا شد و داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲)

جلسات	محتوای جلسات
اول	اجرای پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون، سپس تعیین اهداف جلسه، بیان قواعد گروه، معرفی افراد، تمرین خوردن کشمش، دادن بازخورد و بحث در مورد تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی (برای تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی) و آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث در مورد واریسی بدنی، تکلیف: تمرین واریسی بدنی تا هفته آینده، اتمام جلسه با تمرکز بر تنفس کوتاه
دوم	تمرین واریسی بدنی و بازنگری آن، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات (پیاپیاده‌روی در خیابان) (برای نظم جویی شناختی هیجان)، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، توزیع جزوات جلسه دوم بین شرکت‌کنندگان، ارائه تکالیف خانگی شامل واریسی بدنی (۶ بار در ۷ روز)، تنفس با ذهن آگاهی (۶ بار در ۷ روز)، ثبت وقایع خوشایند هرروز و ذهن آگاهی از فعالیت‌های عادی
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵۰ دقیقه، نشستن در حالت مراقبه به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه (برای کاهش خطای درجاماندگی)، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف جلسه قبل، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری آن، دراز کشیدن همراه با ذهن آگاهی، توزیع جزوات جلسه سوم، تکلیف خانگی شامل دراز کشیدن باحالت مراقبه در روزهای اول، سوم و پنجم، تمرین یوگا در جلسات دوم، چهارم و ششم و تهیه فهرست وقایع ناخوشایند برای هرروز، سه بار در روز (برای کاهش نارسایی شناختی و تنظیم هیجانی)
چهارم	تمرین پنج‌دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، تمرین مراقبه- آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، تعریف اختلال اضطراب فراگیر و ملاک‌های تشخیص آن، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، توزیع جزوات جلسه چهارم، تعیین تکالیف خانگی (مراقبه نشسته ۶ روز در یک هفته)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به‌طور منظم (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند)
پنجم	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، خواندن شعر، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، توزیع جزوات جلسه پنجم، تعیین تکالیف خانگی شامل مراقبه نشسته ۶ بار در یک هفته، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
ششم	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی شامل مراقبه و تنفس عمیق، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، بحث در مورد تنفس به‌عنوان اولین گام قبل از به دست آوردن دید وسیع نسبت به افکار، توزیع جزوات جلسه ششم، تکلیف خانگی شامل فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
هفتم	مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط میان فعالیت و اضطراب، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش، برنامه‌ریزی و تهیه برنامه مناسب برای اجرای آن، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌عنوان اولین گام برای داشتن ذهن آگاهی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی، توزیع جزوات جلسه هفتم، تکالیف خانگی شامل انتخاب یک الگو از بین راه‌های مختلف برای تمرینی که قصد دارند، به‌طور نظام‌مند از آن استفاده کنند، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).
هشتم	تمرین واریسی بدنی و توزیع جزوات جلسه هشتم
نهم	بازنگری تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، بحث در مورد نحوه تداوم تمرین‌ها، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین
دهم	صحبت با شرکت‌کنندگان در مورد تجربه‌شان از جلسات و کل فرایند درمان، پاسخگویی به ابهام‌های شرکت‌کنندگان و جمع‌بندی و خاتمه درمان، اجرای پرسشنامه‌ها در پس‌آزمون

## نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها برحسب جنسیت، سن، سابقه ابتلا به بیماری و تحصیلات در جداول ۲ تا ۴ آمده است.

فراوانی جنسیت آزمودنی‌ها بدین گونه است که از نظر جنسیت گروه آزمایش و کنترل زن به ترتیب ۸ و ۹ نفر و مرد به ترتیب ۷ و ۶ نفر هستند.

از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی سن و سابقه ابتلا به بیماری آزمودنی‌های دارای اختلال افسردگی میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳۱/۱۸ و ۳۳/۱۰ و انحراف معیار سن آن‌ها به ترتیب ۲/۲۰ و ۲/۱۳ است. میانگین سابقه ابتلا به بیماری برحسب سال برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴/۲۳ و ۳/۵۲ و انحراف معیار آن‌ها به ترتیب ۱/۲۴ و ۱/۲۵ است.

### جدول ۲- فراوانی سطح تحصیلات آزمودنی‌های دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	شاخص	گروه	تعداد	دیپلم	کارشناسی	کارشناسی ارشد
سطح تحصیلات	آزمایش	۱۵	۳	۹	۳	
	کنترل	۱۵	۱	۱۲	۲	
	کل	۳۰	۴	۲۱	۵	

همان‌طور که در جدول ۲ آمده است از نظر سطح تحصیلات گروه آزمایش و کنترل در سطح دیپلم به ترتیب ۳ و ۱ نفر، در سطح کارشناسی به ترتیب ۹ و ۱۲ نفر و در سطح کارشناسی ارشد به ترتیب ۳ و ۲ نفر دارای تحصیلات هستند.

### جدول ۳- آماره‌های توصیفی نمرات کارکردهای اجرایی (درجاماندگی)، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی زنان و مردان دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کارکرد اجرایی	پیش‌آزمون خطای درجاماندگی	۲۰/۵۳	۱/۵۰	۲۰/۶۰	۱/۶۸
	پس‌آزمون خطای درجاماندگی	۱۲/۶۶	۱/۶۳	۲۳/۱۳	۱/۴۵
تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون	۶۷/۶۰	۲/۹۲	۶۸	۲/۹۵
	پس‌آزمون	۱۱۲/۲۰	۳/۷۰	۶۹/۰۶	۲/۴۶
نارسایی شناختی	پیش‌آزمون	۴۹/۳۳	۲/۸۶	۴۸/۸۶	۱/۸۸
	پس‌آزمون	۲۳	۳/۱۸	۴۷/۹۳	۲/۸۶

همان‌طور که در جدول ۳ آمده است در پیش‌آزمون کارکرد اجرایی (خطای درجاماندگی) در پیش‌آزمون نمرات هر دو گروه آزمایش و کنترل نزدیک به هم است اما در پس‌آزمون نمرات گروه آزمایش بسیار کمتر از گروه گواه است که نشان می‌دهد پس از مداخله خطای درجاماندگی گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل شده است. در تنظیم شناختی هیجان در پیش‌آزمون نمرات هر دو گروه نزدیک به هم است اما در پس‌آزمون گروه آزمایش وضعیت بهتری پس از اعمال و تجربه مداخله نسبت به گروه کنترل دارد و میانگین نمرات گروه آزمایش افزایش یافته است که نشان‌دهنده بهبود تنظیم هیجانی آن‌ها نسبت به گروه کنترل است. در نارسایی شناختی و در پیش‌آزمون میانگین نمرات دو گروه نزدیک به هم است اما در پس‌آزمون میانگین نمرات نارسایی شناختی گروه آزمایش پس از اعمال و تجربه مداخله نسبت به گروه کنترل پایین‌تر است که نشان‌دهنده کاهش نارسایی شناختی گروه آزمایش است.

پس از بررسی و تأیید آزمون‌های پیش‌فرض کوواریانس ازجمله آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها، تحلیل واریانس اثرات بین آزمودنی‌ها برای همگنی شیب رگرسیون و آزمون لون برای همگنی واریانس‌های دو گروه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و یک‌راهه برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکرد اجرایی (خطای درجاماندگی)، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بیماران افسرده استفاده شد که نتایج آن در جداول ۶ و ۷ آمده است.

در آزمون لوین  $F$  و سطح معنی داری برای متغیر کارکرد اجرایی (خطای درجاماندگی)  $F=0/883$  با سطح معنی داری  $(0/158)$  تنظیم هیجانی  $F=3/486$  با سطح معنی داری  $(0/065)$  برای متغیر نارسایی شناختی  $F=1/049$  با سطح معنی داری  $(0/315)$  می‌باشد. در نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون برای متغیر کارکرد اجرایی (خطای درجاماندگی)  $F=0/320$  با سطح معنی داری  $(0/576)$  تنظیم هیجانی  $F=0/853$  با سطح معنی داری  $(0/364)$  برای متغیر نارسایی شناختی  $F=3/0173$  با سطح معنی داری  $(0/087)$  می‌باشد. در آزمون نرمال بودن توزیع (کولموگروف-اسمیرنوف)  $F$  و سطح معنی داری برای متغیر کارکرد اجرایی (خطای درجاماندگی)  $Z=0/135$  با سطح معنی داری  $(0/171)$  تنظیم هیجانی  $Z=0/100$  با سطح معنی داری  $(0/200)$  برای متغیر نارسایی شناختی  $Z=0/110$  با سطح معنی داری  $(0/200)$  می‌باشد. که با توجه به عدم معنی دار بودن مفروضه‌ها اجرای این روش آنالیز آماری صحیح می‌باشد.

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون کارکرد اجرایی (خطای درجاماندگی)، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	d خطا f	سطح معنی‌داری
اثر پیلابی	۰/۹۸۷	/۴۵۶	۴	۲	۰/۰۰۱
				۱	
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۳	/۴۵۶	۴	۲	۰/۰۰۱
				۱	
اثر هتلینگ	۲۲/۲۳۰	/۴۵۶	۴	۲	۰/۰۰۱
				۱	
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۲۲/۲۳۰	/۴۵۶	۴	۲	۰/۰۰۱
				۱	

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $P \leq 0/05$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد و می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (کارکرد اجرایی (خطای درجاماندگی)، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی) بین دو گروه، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت سه تحلیل کوواریانس در متن مانکوا صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۵- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجان، نارسایی شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
کارکردهای اجرایی (خطای درجاماندگی)	۱۴۵/۲۰۰	۱	۱۴۵/۲۰۰	۱۶/۸۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵	۱
تنظیم هیجان	۲۸۲/۱۳۳	۱	۲۸۲/۱۳۳	۲۸/۴۸۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸	۱
نارسایی شناختی	۲۶۴/۰۳۳	۱	۲۶۴/۰۳۳	۲۸/۷۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴	۱

با توجه به مندرجات جدول (۵)، مقدار F برای متغیر نارسایی شناختی،  $16/893$  به دست آمد که در سطح  $P=0/05$  معنی‌دار است. بنابراین، فرضیه ۱ تأیید شد و می‌توان گفت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود کارکردهای اجرایی (خطای درجاماندگی) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، مقدار F برای متغیر سرسختی روان شناختی،  $28/485$  به دست آمد

که در سطح  $P=0/05$  معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۲ تأیید شد و می توان گفت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تنظیم هیجان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، براساس مندرجات جدول ۵، مقدار  $F$  برای متغیر نارسایی شناختی،  $28/774$  به دست آمد که در سطح  $P=0/05$  معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۳ نیز تأیید شد و می توان گفت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نارسایی شناختی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

### بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به میانگین نمره خطای درجاماندگی، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، موجب کاهش معنادار نمره های خطای درجاماندگی و نارسایی شناختی و افزایش معنادار تنظیم هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است؛ بنابراین، نتیجه می گیریم که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش خطای درجاماندگی و نارسایی شناختی و نیز افزایش تنظیم هیجانی مؤثر بوده است.

این یافته با پژوهش های دیگری همچون عافی و همکاران (۱۳۹۸)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۷)، شیرین زاده دستگیری و همکاران (۱۳۹۴)، عبدی، چلبیانلو، جابری (۱۳۹۴)، اسفندزاد و همکاران (۱۳۹۶)، ایزدی و تقی زاده (۱۴۰۰)، مبارکی و همکاران (۱۳۹۷)، فرهادمنش و همکاران (۱۳۹۶)، ایانی و همکاران (۲۰۱۹)، تقی زاده و دالوند، (۱۳۹۹)، قاسمی جوبنه و همکاران (۱۳۹۶)، جانز و همکاران، (۲۰۱۶)، راسل-ویلیامز و همکاران (۲۰۱۸)، وونگ و همکاران (۲۰۱۷)، کلانین و همکاران (۲۰۱۹)، کوردیرو و همکاران (۲۰۲۱)، ریتر و آلوارز (۲۰۲۰) و پیکارد و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. کارکردهای اجرایی که توسط لوب پیش پیشانی انجام می پذیرد در افراد دارای اختلال افسردگی ضعیف است. افسردگی می تواند بر تمام جنبه های عملکرد اجرایی نمونه ما تأثیر بگذارد. این اختلال بر سرعت پردازش تأثیر منفی بگذارد و توانایی برای تفکر و برنامه ریزی را کند نماید (واترز و همکاران، ۲۰۲۱). وقتی فردی با افسردگی زندگی می کند، به سختی می تواند چیزی را در ذهن خود نگه دارد و این می تواند بسیار ناامیدکننده باشد و اغلب به این معنی است که کارهایی ساده روزانه را به سختی انجام می دهند، زیرا فراموش کرده اند که اصول اولیه را انجام دهند (فرت - کازنس<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳). نتیجه این روند آن است که فرد بر انتخاب های اولیه پایبند بوده و تغییری را ایجاد نمی کند. نمره درجاماندگی نشان می دهد که آزمودنی ها اصل رنگ، شکل و عدد را به عنوان اصل ثابت در نظر گرفته و باوجود نیاز به تغییر در آن تغییری ایجاد نکرده اند.

آموزش های انجام شده در این درمان نشان داده که وقتی شناخت درمانی شرایط ذهنی را تغییر داده است، انعطاف پذیری وضعیت بهتری به خود گرفته و میزان خطای درجاماندگی کاهش یافته است

ون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). این یافته بدان معنا است که با کاهش خطای درجاماندگی، عملکرد اجرایی آزمودنی‌ها بهبود پیدا کرده چراکه انعطاف‌پذیری بیشتر این اثر ثابت را تغییر داده است. این احتمال وجود دارد که در کنترل رفتار خود زمانی که برنامه او به‌هم‌ریخته است ناموفق باشد این بدان معناست که علاوه بر داشتن حافظه کوتاه‌مدت ضعیف انعطاف‌پذیری او در کنترل کردن شرایط به‌هم‌ریخته ضعیف است (تانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). این می‌تواند تغییر تفکر را سخت کند. در این پژوهش شاهد نمره پایین در خطاها در آزمون ویسکانسین بودیم که این خود نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری پایین است و این به ما نشان می‌دهد افراد می‌توانند به‌طور فزاینده‌ای در کاری که انجام می‌دهند و چگونه آن را انجام می‌دهند پیشیمان شوند. اگر چیزی غیرمنتظره اتفاق بیفتد، یا کسی در کارهای روزمره اختلال ایجاد کند، یا مشکلی پیش بیاید، این امر می‌تواند مقابله با آن را دشوار نماید. از این رو درمانی که ما در جامعه نمونه خود به کار بردیم توانست منجر به بهبود این عملکردها شود. قسمتی از کارکردهای اجرایی که توسط قشر پیش‌پیشانی انجام می‌پذیرد در واقع مربوط به نظارت و کنترل خود است. چنین نظارتی بر عملکرد، مستقیماً به ذهن آگاهی مربوط می‌شود زیرا عمل ذهن آگاهی را می‌توان به‌عنوان نوعی نظارت بر عملکرد خود تصور کرد و از تمرین کنندگان می‌خواهیم که بر ذهن خود نظارت کنند و تمرکز خود را به لحظه حال برگردانند. در واقع برای غلبه بر ضعف نظارت بر عملکرد، فنون ذهن آگاهی می‌تواند سبب افزایش نظارت بر عملکرد شود و این منجر به افزایش کارکردهای اجرایی نیز می‌شود و این دقیقاً همان چیزی است که عمل ذهن آگاهی مستلزم آن است (شاهین، تاسو و گولر<sup>۳</sup>، ۲۰۲۳). در این زمینه از آزمودنی می‌خواهیم که توجه خود را بر اساس لحظه‌به‌لحظه به زمان حال متمرکز کند. برای مثال، در نمونه ما اگر شرکت‌کننده به‌طور خودکار با تشخیص یک فکر خاص در حین تمرین شروع به نشخوار فکری کند، کنترل اجرایی لازم است تا روند نشخوار فکری متوقف شود و تمرکز به لحظه حال برگردد. به عبارت دیگر، ذهن آگاهی به‌وسیله افزایش انعطاف‌پذیری شناختی به پرورش کارکردهای اجرایی کمک می‌کند

از سوی دیگر، با توجه به خلق پایین افراد مبتلا به افسردگی لازمه درمان آن‌ها روبه‌رو شدن با هیجاناتی بود که در خلق پایین بر افراد غلبه می‌کرد. یکی از هسته‌های اصلی هیجانات این افراد این تفکر بود که با اخلاقیات خود و ناراحتی و گوشه‌نشینی دائمی آرامش اطرافیان را از آن‌ها سلب نموده و به دلیل ناتوانی در انجام بعضی از اعمال روزانسان اطرافیان خود را دچار مشکل می‌کنند. افسردگی چرخه‌ای را به وجود می‌آورد که افراد ناتوان از کنترل هیجاناتی بودند که به آن‌ها دست می‌داد و یکی از مهم‌ترین دلایلی که این افراد صبر، تحمل و سرسختی خود را در مقابله با مشکلات جدید از دست می‌دادند همین بحث ناتوانی در کنترل هیجانات بود. در این پژوهش ما با تکیه بر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که طبق نظر کابات زین (۲۰۰۳) یک روش برای ارتباط دادن عمیق افکار و احساسات است در ابتدا ما اقدام به ارتباط تجربه درونی نسبت به هیجاناتی که بر فرد

1. Wen

2. Tong

3. Sahin, Tasso & Guler

فائق می‌آیند، کردیم. ما در درمان ذهن آگاهی تلاش کردیم به فرد این اطلاع را بدهیم که او مقصر هیجانی که هم‌اکنون در حال تجربه آن است، نیست. در ادامه به فرد این تفکر را ارائه دادیم که او یک فرد افسرده نیست بلکه در حال تجربه احساسات افسردگی است و همان‌طور که فردی به دلیل بروز یک اتفاق ناگوار یک احساس ناراحتی را تجربه می‌کند اکنون هم در حال تجربه یک احساس افسردگی است. به عبارتی هیجانات جدای از او هستند. طبق مشاهدات میدانی هر چه قدر از میزان زمان ابتلا به افسردگی بگذرد فرد بیشتر احساس ناتوانی می‌کند و بیشتر خود را مقصر آنچه تجربه کرده است می‌داند.

به‌طور کلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تکیه بر روش‌هایی از جمله تمرین واریسی بدنی، القا فکر و روش پیکان عمودی رو به پایین علاوه بر مدیتیشن و غذا خوردن به روش ذهن آگاهی توانست سبب کارکرد اجرایی (درجاماندگی) بیماران افسرده شود (کابات زین، ۲۰۰۳).

از سوی دیگر، افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، از این اختلال به‌عنوان یک حس عذاب دهنده یاد می‌کنند و اذعان دارند که این اختلال کلیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به عبارتی افسردگی آن‌ها را از تمامی چیزهایی که می‌تواند در زندگی برای آن‌ها لذت بیافریند محروم کرده است. مقوله افسردگی خود باب دیگری در بحث خلق بیماران باز می‌کند. افسردگی که طبق آمار سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان شایع‌ترین نوع اختلال در جوامع کنونی به شمار می‌رود سبب آسیب به درک شناختی این افراد از اطراف خود می‌شود. ما در این پژوهش از روش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی برای تأثیر نارسایی شناختی افراد مبتلا به افسردگی استفاده نمودیم. ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی که خود شامل ذهن آگاهی به‌علاوه شناخت درمانی است یک روش مکمل برای اصلاح درک شناختی بیماران به شمار می‌رود. در این روش ما در ابتدا برای افزایش تمرکز بیماران برای درمان نارسایی شناختی از روش‌های ذهن آگاهی جهت بهبود تمرکز بیماران برای استفاده از پروتکل‌های شناختی بهره بردیم. در درمان نارسایی شناختی این بیماران باید عامل افسردگی را لحاظ نمود زیرا نارسایی مربوطه به دلیل افسردگی به وجود آمده است. در نمونه موردنظر ما خیلی از تکالیف شناختی ایجادشده به سبب افسردگی ایجاد شده بود و در مرحله ابتدایی بود و هنوز به مرحله بحرانی نرسیده بود. در ارتباط با افسردگی در نمونه حاضر لازم به ذکر است افرادی که این اختلال را تجربه می‌کردند پس از مدتی به انزوای اجتماعی روی آورده بودند. در درمان مذکور ما از روش‌هایی نظیر تن آرامی و رها شدن جهت آرامش پیدا کردن آن‌ها استفاده نمودیم تا بتوان آن‌ها را در جریان درمان آورد پس از آن و با تهیه نقشه شناختی ما به درمان تحریف‌های شناختی پرداختیم. در این درمان که به مدت ۲ ماه به طول انجامید آرام آرام بیماران از آرامش نسبی که پیدا کرده بودند خبر دادند. از نتایج فرعی این پژوهش می‌توان به این مسئله اشاره نمود که هر چه فرد از نظر زمانی بیشتر درگیر افسردگی بودند دیرتر به پروسه درمان پاسخ می‌داد و این مسئله در بحث سن هم مطرح بود. اصولاً افرادی که سن بیشتری داشتند پاسخگویی پایین‌تری در این متغیر به درمان داشتند. تناقض عده‌ای با تکیه بر اینکه این درمان مشابه با درمان مدیتیشن است آن را ناکارآمد می‌دانستند اما در جلسه پنجم به بعد این باور



تغییر پذیرفت. در بحث افسردگی ما سعی کردیم با تکیه بر تمرینات خانگی سعی بر کاهش آن داشته باشیم. موردی که از نظر آماری سنجیده نشد بحث دخالت فرهنگی در پروسه درمان بود. در شهرستان اهواز به سبب بافت فرهنگی خاص خود درمان‌های روان‌شناسی در یک سری از فرهنگ‌ها پذیرفته شده نیست و با مقاومت اولیه همراه است که ما در این پژوهش شاهد آن بودیم. در مبحث جنسیت تفاوت قابل توجهی مشاهده نشد، گرچه خانم‌ها در پروسه درمان همکاری بیشتری داشتند و رابطه بهتری با درمانگر برقرار نمودند. فارغ از آن در جلسات خانگی هم خانم‌ها بیشتر تمرینات را انجام دادند. در این بررسی ما دریافتیم که افرادی که در خانه تمرینات خود را ادامه می‌دادند از روند درمانشان راضی‌تر بودند. افرادی که تمرینات خود را ادامه ندادند یا به صورت نامنظم انجام می‌داندند اکثر آن همان نتایج مربوط به پس‌آزمون را نشان می‌دادند یا بهبود جزئی داشتند. به عبارتی مدیتیشن روزانه و انجام فنون شناختی توانسته بود به آزمودنی‌ها در جهت افزایش کارکردهای شناختی کمک کند و روند افزایش نارسایی شناختی را در آن‌ها را کاهش دهد. در پایان برخی از بیماران خواهان ادامه روند درمان بودند که این از نتایج خوب این پژوهش به شمار می‌آید.

در زمینه محدودیت‌های پژوهش حاضر باید گفت این پژوهش بر روی افراد مبتلا به اختلال افسردگی و متغیرهای کارکرد اجرایی (درجاماندگی)، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بود لذا در تعمیم داده‌ها باید با احتیاط عمل نمود. از سوی دیگر، در پژوهش حاضر به دلیل اینکه امکان دسترسی طولانی‌مدت برای پژوهشگر به گروه‌های پژوهش میسر نبوده امکان مطالعه و پیگیری و ارزیابی تأثیرات طولانی‌مدت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای پژوهش امکان‌پذیر نبوده است. در نهایت، در پژوهش حاضر شرایط فرهنگی و اجتماعی مراجعین جهت تجانس در نظر گرفته نشده است.

در پژوهش حاضر تنها بر جنبه درجاماندگی کارکردهای اجرایی لوب پیش‌پیشانی پژوهش شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دیگر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی نظیر، توجه، استدلال، سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی و ... مورد بررسی قرار گیرد و همین‌طور درمان مذکور بر روی سایر اختلالات انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری مطالعه به صورت ۳ و ۶ ماهه انجام گیرد تا پایداری درمان مشخص گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عوامل مداخله‌کننده فرهنگی و اجتماعی جهت تجانس بهتر آزمودنی‌ها در نظر گرفته شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان کارگاه‌های آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را برای مشاوران و روان‌شناسان افزایش داد و از این پروتکل جهت درمان افراد افسرده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بهره برد. پژوهش حاضر نشان داد بعضاً برخی از متغیرها در بعضی از اختلال‌ها به صورت سریالی عمل می‌نمایند. به طوری که کاهش خطای درجاماندگی موجب بهبود انعطاف‌پذیری در بیماران شده است. لذا به درمانگران پیشنهاد می‌گردد، همیشه نیازی نیست به صورت مستقیم بر روی متغیری درمان صورت گیرد، بلکه پرداختن به عوامل وابسته به آن سبب بهبود خواهد شد.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود خطای درجاماندگی، تنظیم هیجانی و نارسایی شناختی بیماران افسرده می‌شود. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همه‌کسانی که در اجرا و پیشبرد این پژوهش نقش داشته‌اند و همچنین تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز نمایند. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول و دارای کد کمیته اخلاق به شناسه IR.DUMS.REC.1401.030 از دانشگاه علوم پزشکی دزفول است. همچنین، نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

## منابع

- اسدی، سمانه، ابوالقاسمی، عباس، بشرپور، سجاد. (۲۰۱۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نارسایی شناختی و پردازش هیجانی پرستاران مضطرب. نشریه پرستاری ایران، ۲۹(۱۰۲)، ۶۵-۵۵.
- اسفندزاد، حسین، شمس، علی گیتی، پاشا میثمی، علی، عارفه. (۱۳۹۶). نقش ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران در پیش بینی نشانه‌های وسواسی جبری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۲۲، شماره ۴، ۲۷۰-۲۸۳.
- اسفندزاد، علی حسین، شمس، گیتی، میثمی، علی پاشا، عرفان، عارفه. نقش ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران در پیش بینی نشانه‌های وسواسی جبری. امین آبادی، زهرا. دهقانی. محسن، خداپناهی محمد، کریم. (۱۳۹۰). "بررسی ساختار عامل و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. *Journal of Behavioral Sciences* 5, No. 4(4): 365-371."
- امین آبادی، زهرا. دهقانی. محسن و خداپناهی محمد. کریم. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عامل و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. علوم رفتاری، دوره ۵، شماره ۴، ۳۶۵-۳۷۲.
- ایزدی، مهوش، تقی زاده، محمد احسان. (۲۰۲۱). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر تنظیم هیجانی و خودآگاهی دختران نوجوان. فصلنامه روانشناسی سلامت و رفتار اجتماعی، ۱
- آبباریکی، اکرم، یزدان بخش، کامران، مومنی، خدامراد. (۱۳۹۶). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه ای بر کاهش نارسایی شناختی در دانش آموزان با اختلال یادگیری. روانشناسی افراد استثنایی، ۷(۲۶)، ۱۲۷-۱۵۷.
- بادان فیروز، علی، مکوند حسینی، شاهرخ، محمد علی، محمدی فر. (۲۰۱۷). رابطه تنظیم هیجانی با نشانگان افسردگی و اضطراب در دانشجویان: نقش واسطه ای ذهن آگاهی. فصلنامه علمی پژوهشی شناخت، ۴(۲)، ۳۸-۲۴.
- تقی زاده، محمد احسان و دالوند، افسانه. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در زنان دارای اختلال افسردگی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، دوره ۷، شماره ۵، ۱۱۷-۱۲۹.
- حسینی، جعفر. بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۳۹۰؛ ۹(۴)
- سامانی، سعید و صادقی، لاله. (۱۳۸۹). کفایت شاخص‌های روان سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. مجله روش‌ها و مدل‌های روان شناختی، سال ۱، شماره ۱، ۶۲-۵۱.
- شاهقلیان، مهناز، آزاد فلاح، پرویز، فتحی آشتیانی، علی، خدادادی، مجتبی. (۲۰۱۲). طراحی نسخه نرم افزاری آزمون دسته‌بندی کارتهای ویسکانسین (WCST): مبانی نظری، نحوه ساخت و ویژگی‌های روانسنجی. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱(۴)، ۱۱۰-۱۳۴.

شیرین زاده دستگیری، بشلیده، حمید، مرعشی، هاشمی شیخ شبانی، سیداسماعیل. (۲۰۱۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری، افسردگی و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به افسردگی. روان شناسی بالینی، ۷(۳)، ۳۷-۴۸.

شیرین زاده دستگیری، صمد، بشلیده، کیومرث، حمید، نجمه، مرعشی، سید علی و هاشمی شیخ شبانی، سیداسماعیل. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری، افسردگی و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به افسردگی. روان شناسی بالینی، سال ۷، شماره ۳، ۳۷-۴۸.

عافی، الهه، استکی، مهناز، مداحی، محمدابراهیم، حسنی، فریبا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کاربرد نوروفیدبک بر کارکردهای اجرایی (حافظه فعال و توانایی برنامه ریزی) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰، ۲۱-۲۱.

عبدی، رضا، چلبیانلو، غلام علی، جباری، گشتاسب. (۲۰۱۶). تأثیر تمرینات ذهن آگاهی بر عملکردهای اجرایی دانش آموزان مقطع ابتدایی.

عبدی، رضا. (۱۳۹۸). ارزیابی اثربخشی تمرینهای ذهن آگاهی بر کارکردهای اجرایی دانش آموزان دختر ابتدایی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید معینی آذربایجان. فرهادمنش نگین، طاهری، الهام، امیری، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان).

فرهادی، طاهره، اصلی آزاد، مسلم، شکرخدایی و نیلوفر سادات. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. توانمندسازی کودکان استثنایی، سال ۹، شماره ۴، ۸۱-۹۲.

قاسمی جوبنه، موسوی، سید ولی اله، حسینی صدیق، مریم السادات. (۲۰۲۰). نقش میانجی نارسایی شناختی در ارتباط بین ذهن آگاهی و صمیمیت زناشویی سالمندان. روان شناسی پیری، ۵(۳)، ۲۵۱-۲۶۱.

مبارکی، روناک، عزت پور، عمادالدین، احمدیان، حمزه. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی مصرف کنندگان مواد افیون).

مجتبی زاده، محمد. (۲۰۰۶). بررسی رابطه حافظه فعال، میزان اضطراب پیشرفته تحصیلی در بین دانش آموزان سال سوم متوسطه دبیرستانهای شهر زنجان در سال ۸۴-۸۵. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی. دانشگاه علامه طباطبایی. دانشگاه علامه طباطبایی. کارشناسی ارشد.

مرادی، علیرضا، جباری، حسین، میرآقایی، غلی محمد، پرهون، هادی، فروغی، مریم و مرادمند بدیعی، بنفشه. (۱۳۸۸). بررسی عملکرد افراد مبتلا به ایدز در حافظه شرح حال. پژوهش در سلامت روان شناختی، دوره ۳، شماره ۴، ۲۶-۱۷.

مهری نژاد، سیدابوالقاسم؛ خدابخش پیرکلانی، روشنک و مظفری، محدثه. (۱۴۰۰). بررسی عوارض شناختی متعاقب بیهوشی عمومی در بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر با استفاده از آزمون ویسکانسین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره ۲۶، شماره ۱، ۱-۱۱.

نیک خواه مهسا و یوسفی، فریده. (۱۴۰۰). رابطه بین ارضای نیازهای اساسی روانشناختی در مدرسه و بهزیستی هیجانی دانش آموزان: نقش واسطه‌گری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۰، شماره ۹۹، ۴۲۶-۴۱۳.

واحدی، شهرام، میرنسب، میرمحمود، فتحی آذر، اسکندر، دامغانی میرمحلله، معصومه. (۲۰۲۰). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکرد اجرایی و کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۶(۶)، ۷۰۹-۷۱۸.

- Beck, A. T., Steer, R. A., and Brown, G. K., 1996, Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporations.
- Broadbent, D. E., Cooper, P. J., Fitzgerald, P. F., & Parkes K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlate Br. Journal Clinical Psychology, 21(1), 1.16.
- Chen, Z., Yan, L., Nong, X., Chen, F., Gan, F., Tang, P., ... & Huang, L. (2021). Impact of citalopram combined with mindfulness-based stress reduction on symptoms, cognitive functions and self-confidence in patients with depression. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 20(10), 2135-2142.
- Cordeiro, C., Magalhães, S., Rocha, R., Mesquita, A., Olive, T., Castro, S. L., & Limpo, T. (2021). Promoting Third Graders' Executive Functions and Literacy: A Pilot Study Examining the Benefits of Mindfulness vs. Relaxation Training. *Frontiers in psychology*, 12, 1825.
- De Sousa, R. A. L. (2022). Reactive gliosis in Alzheimer's disease: a crucial role for cognitive impairment and memory loss. *Metabolic Brain Disease*, 1-7.
- Evered L, Silbert B, Knopman DS, Scott DA, DeKosky ST, Rasmussen LS, et al Nomenclature Consensus Working Group. (2018). Recommendations for the nomenclature of cognitive change associated with anaesthesia and surgery—2018. *Anesthesiology*, 129(5), 872-879.
- Firth-Cozens, J. (2023). A perspective on stress and depression. In *Understanding doctors' performance* (pp. 22-37). CRC Press.
- Friedman, N. P., & Robbins, T. W. (2022). The role of prefrontal cortex in cognitive control and executive function. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 72-89.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2002). CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Datec, Leiderdorp, Netherlands.
- Guarino, A., Forte, G., Giovannoli, J., & Casagrande, M. (2020). Executive functions in the elderly with mild cognitive impairment: A systematic review on motor and cognitive inhibition, conflict control and cognitive flexibility. *Aging & mental health*, 24(7), 1028-1045.
- Iani, L., Lauriola, M., Chiesa, A., & Cafaro, V. (2019). Associations between mindfulness and emotion regulation: The key role of describing and nonreactivity. *Mindfulness*, 10(2), 366-375.

- Jindra, C., Li, C., Tsang, R. S., Bauermeister, S., & Gallacher, J. (2022). Depression and memory function—evidence from cross-lagged panel models with unit fixed effects in ELSA and HRS. *Psychological Medicine*, 52(8), 1428-1436.
- Johns, S. A., Von Ah, D., Brown, L. F., Beck-Coon, K., Talib, T. L., Alvea, J. M., ... & Giesler, R. B. (2016). Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction for breast and colorectal cancer survivors: effects on cancer-related cognitive impairment. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(3), 437-448.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses*. New York: Hyperion.
- Klainin-Yobas, P., Kowitlawakul, Y., Lopez, V., Tang, C. T., Hoek, K. E., Gan, G. L & Mahendran, R. (2019). The effects of mindfulness and health education programs on the emotional state and cognitive function of elderly individuals with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Neuroscience*, 68, 211-217.
- Kraines, M. A., Peterson, S. K., Tremont, G. N., Beard, C., Brewer, J. A., & Uebelacker, L. A. (2022). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A Systematic Review of Cognitive Outcomes. *Mindfulness*, 13(5), 1126-1135.
- Mamede, A., Merkelbach, I., Noordzij, G., & Denktas, S. (2022). Mindfulness as a protective factor against depression, anxiety and psychological distress during the COVID-19 pandemic: emotion regulation and insomnia symptoms as mediators. *Frontiers in Psychology*, 13, 820959.
- Mecacci, L., Righi, S., & Rocchetti G. (2004) Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences*, 37, 107.113.
- Munguía, L., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Baenas, I., Agüera, Z., Sánchez, I. & Fernández-Aranda, F. (2021). Emotional regulation in eating disorders and gambling disorder: A transdiagnostic approach. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 508-523.
- Nezu, A. M., McClure, K. S., & Nezu, C. M. (2015). The Assessment of Depression. *Treating Depression: MCT, CBT, and Third- Wave Therapies*, 24-51.
- Onat, M., İnal Emiroğlu, N., Baykara, B., Özerdem, A., Özyurt, G., Öztürk, Y., ... & Pekcanlar Akay, A. (2019). Executive functions and impulsivity in suicide attempter adolescents with major depressive disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(3), 332-339.
- Ouerchefani, R., Ouerchefani, N., Kammoun, B., Ben Rejeb, M. R., & Le Gall, D. (2021). A Voxel- based lesion study on facial emotion recognition after circumscribed prefrontal cortex damage. *Journal of Neuropsychology*, 15(3), 533-563.
- Pickard, J. A., Caputi, P., & Grenyer, B. F. (2016). Mindfulness and emotional regulation as sequential mediators in the relationship between attachment security and depression. *Personality and Individual Differences*, 99, 179-183.
- Poissant, H., Moreno, A., Potvin, S., & Mendrek, A. (2020). A meta-analysis of mindfulness-based interventions in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: Impact on ADHD Symptoms, depression, and executive functioning. *Mindfulness*, 11, 2669-2681.
- Ritter, A., & Alvarez, I. (2020). Mindfulness and executive functions: making the case for elementary school practice. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 10(1), 544-553.
- Russell-Williams, J., Jaroudi, W., Perich, T., Hoscheidt, S., El Haj, M., & Moustafa, A. A. (2018). Mindfulness and meditation: treating cognitive impairment and reducing stress in dementia. *Reviews in the Neurosciences*, 29(7), 791-804.

- Sahin, N. H., Tasso, A. F., & Guler, M. (2023). Attachment and emotional regulation: examining the role of prefrontal cortex functions, executive functions, and mindfulness in their relationship. *Cognitive Processing*, 1-13.
- Santee, A. C., & Starr, L. R. (2022). Examining linear and nonlinear associations between negative emotional reactivity to daily events and depression among adolescents. *Clinical Psychological Science*, 10(4), 675-689.
- Shim, M., Tilley, J. L., Im, S., Price, K., & Gonzalez, A. (2021). A systematic review of mindfulness-based interventions for patients with mild cognitive impairment or dementia and caregivers. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 34(6), 528-554.
- Tong, K., Chan, Y. N., Cheng, X., Cheon, B., Ellefson, M., Fauziana, R., ... & CLIC Phase 1 Consortium. (2023). Study protocol: How does cognitive flexibility relate to other executive functions and learning in healthy young adults?. *PloS one*, 18(7), e0286208.
- Vanderlind, W. M., Millgram, Y., Baskin-Sommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. (2020). Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical psychology review*, 76, 101826.
- Waters, N. E., Ahmed, S. F., Tang, S., Morrison, F. J., & Davis-Kean, P. E. (2021). Pathways from socioeconomic status to early academic achievement: The role of specific executive functions. *Early Childhood Research Quarterly*, 54, 321-331.
- Wen, X., Zhang, Q., Liu, X., Du, J., & Xu, W. (2021). Momentary and longitudinal relationships of mindfulness to stress and anxiety among Chinese elementary school students: mediations of cognitive flexibility, self-awareness, and social environment. *Journal of Affective Disorders*, 293, 197-204.
- Wong, W. P., Coles, J., Chambers, R., Wu, D. B. C., & Hased, C. (2017). The effects of mindfulness on older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's disease reports*, 1(1), 181-193.
- Yu, J., Rawtaer, I., Feng, L., Fam, J., Kumar, A. P., Cheah, I. K. M., ... & Mahendran, R. (2021). Mindfulness intervention for mild cognitive impairment led to attention-related improvements and neuroplastic changes: Results from a 9-month randomized control trial. *Journal of psychiatric research*, 135, 203-211.
- Zakzanis KK, Grimes KM, Uzzaman S, & Schmuckler MA. (2016). Prospection and its relationship to instrumental activities of daily living in patients with mild traumatic brain injury with cognitive impairment. *Brain injury*, 30(8):986-992.

## **The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Executive Functions, Emotional Regulation, and Cognitive Impairment in Depressed Patients**

Zahra Bostangar<sup>۱</sup>, Alireza Balooti<sup>۲</sup>

This research aimed to assess the impact of mindfulness-based cognitive therapy on executive functions (residual error), emotional regulation, and cognitive deficits in depressed patients attending counseling centers in Ahvaz. The statistical population included all depressed patients in Ahvaz counseling centers. Thirty eligible patients were initially selected, with 15 randomly assigned to the experimental group and 15 to the control group. The quasi-experimental research method involved a pre-test and post-test with a control group. Data were collected using the Cognitive Impairment Scale (Broadbent), Emotion Regulation Questionnaire (Garnefsky), Wisconsin Card Sorting Test (Grant and Berg, 1993), and Working Memory Test (Damin and Carpenter). Mindfulness-based cognitive therapy was implemented, and data were analyzed using mean, standard deviation, and inferential statistics through univariate and multivariate covariance analysis. Results from univariate and multivariate analyses of covariance indicated the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on executive functions, emotional regulation, and cognitive impairment in depressed patients. The findings highlight the positive impact of mindfulness-based cognitive therapy in improving executive functions, emotional regulation, and cognitive impairment among depressed patients.

**Keywords:** Depression, Cognitive Impairment, Emotional Regulation, Executive Functions, Mindfulness-Based Cognitive Therapy

- 
1. M.A, Department of Clinical Psychology, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran.
  2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran. Email: [teacher057@gmail.com](mailto:teacher057@gmail.com)