

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده از افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده

مهدی قاسمی مطلق^۱، دکتر غلامرضا منشی^۲، دکتر کریم عسکری^۳، دکتر هوشنگ طالبی^۴

تاریخ دریافت: آذر 91

تاریخ پذیرش: تیر 92

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده انجام شد. بدین منظور تعداد 24 زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از بین بیماران زن افسرده مراجعه کننده به مراکز روان شناختی و روانپزشکی شهر مشهد انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طی 8 جلسه به روش گروهی، با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش دیدند. آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افکار خود آیند منفی هولون و کندال را قبل از شروع جلسات آموزش، پس از اتمام جلسات و سه ماه پس از اتمام جلسات تکمیل کردند. آزمودنی‌های گروه گواه بدون دریافت هیچ گونه آموزش تنها پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

نتایج حاصل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بود. به نحوی که اجرای روش درمانی باعث کاهش میانگین نمرات افکار خودآیند منفی در گروه آزمایش شد و بین میانگین نمرات افکار خودآیند منفی دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده شد. بنابراین به نظر می‌رسد با اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بدون آن که مستقیماً روی افکار خودآیند منفی کار کنیم، این افکار کاهش می‌یابند.

واژه های کلیدی: افسردگی - افکار خودآیند منفی - شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

1 - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

2 - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین

3 - استادیار دانشگاه اصفهان

4 - دانشیار دانشگاه اصفهان

مقدمه

بیماری‌های مزمن به عنوان یکی از شایع‌ترین و عمده‌ترین مسائل مرتبط با سلامتی عنوان شده‌اند که هزینه‌های عمده‌ای را به مراکز بهداشتی و سلامت روان تحمیل می‌کنند و نیز باعث تخلیه میزان زیادی از منابع فیزیولوژیکی و هیجانی افراد مبتلا می‌گردد. به افسردگی به دلیل تنوع نشانگان، عودهای مکرر و تحمیل آسیب‌های کارکردی به عنوان یکی از پیچیده‌ترین اختلالات مزمن نگریسته می‌شود که می‌تواند باعث تشدید درد، خستگی و انزوا گردد. افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی با احساس ناامیدی و غمگینی مزمن توصیف شده که تاثیر منفی شدیدی بر کیفیت زندگی ادراک شده فرد دارد. در سال‌های اخیر افسردگی به عنوان یک مساله عمده مرتبط با سلامتی در زنان مطرح شده است (وینتر، کاندی و سالیوان^۱، 2010).

بسیاری از افرادی که از افسردگی عمده رنج می‌برند، مجموعه کاملی از کل نشانگان را در طی دوره‌های کامل و یا نشانگان جزئی این اختلال را در طول دوره زمانی طولانی از کل زندگی‌شان تجربه می‌کنند (کسینگ، هانسن و اندرسون^۲، 2004؛ سولومون^۳ و همکاران، 2000).

به دلیل گستردگی و وسعت شیوع افسردگی تا کنون روش‌های درمانی متعددی جهت درمان و کنترل این اختلال معرفی و به کار گرفته شده است. از جمله این روش‌ها می‌توان به تکنیک‌های دارو درمانی^۴، روان‌کاوی^۵، رفتار درمانی^۶، شناخت درمانی^۷ و خانواده درمانی^۸ اشاره نمود. هر کدام از این روش‌ها با در نظر گرفتن عوامل احتمالی زمینه‌ساز این اختلال طراحی و به کار گرفته شده‌اند و دارای ضعف‌ها و نقایصی بوده‌اند که بر ضرورت استفاده از سایر روش‌ها و ایجاد روش‌های درمانی جدیدتر تأکید دارد. از جمله این روش‌ها می‌توان به ذهن‌آگاهی^۹ اشاره کرد.

ذهن‌آگاهی به معنای توجه ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است (کابات زین^{۱۰}، به نقل از سگال^{۱۱} و همکاران، 2002). ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای

1-Winters, Cudney & Sullivan

2Kessing, Hansen, & Andersen

3 Solomon et al

4. Drug therapy

5. Psychoanalysis

6. Behavioral therapy

7. Cognitive therapy

8 Family therapy

9 - Mindfulness

10- Kabat-Zinn

11-Segal

رفتاری، شناختی و فرا شناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از چرخه معیوب تشدید خلق منفی- فکر منفی- گرایش به پاسخ‌های نگران کننده، رشد دیدگاه جدید و پدید آیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، به نقل از فیروز آبادی، 1388).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن^۱های مختلف، یوگای کششی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها، به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در « لحظه حاضر» میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی را کاهش می‌دهد (کاویانی و همکاران، 1384).

نویسندگان متعددی یادآور شده‌اند که تمرین ذهن آگاهی می‌تواند به تغییر در الگوهای فکری یا تغییر نگرش در مورد افکار فرد، منجر شود. برای مثال کابات زین (1990)، کابات زین و همکاران (1992) و فولتن^۲ و همکاران (2005) اظهار می‌کنند که مشاهده بدون قضاوت درد و تفکرات مربوط به نگرانی می‌تواند منجر به درک این موضوع شود که آنها فقط فکر هستند و نه انعکاس حقیقت یا واقعیت و لزومی ندارد که از آنها اجتناب یا فرار شود. در واقع، مشاهده افکار و احساسات و برجسب زدن به آنها، این حالت را که افکار و احساسات همیشه انعکاس دقیقی از واقعیت نیستند، تقویت می‌کند.

آنچه افراد را به لحاظ روانی در برابر افسردگی آسیب پذیر می‌کند دسترسی آسان و سریع به افکار، خاطره‌ها و نگرش‌های منفی در موارد پایین بودن خلق و نشخوارهای فکری درباره افکار، خاطره‌ها و حس‌های بدنی منفی است. ذهن آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد، در لحظه حال رویدادها را کمتر از آن چه ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم. وقتی توجه ما روی زمان حال متمرکز باشد دیگر روی گذشته یا آینده متمرکز نمی‌شویم و این در حالی است که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته است (کابات زین، 2002).

1-Meditation

2- Fulton

لذا با توجه به این واقعیت که افراد افسرده مدام دستخوش افکار خودآیند منفی خود هستند، پژوهش حاضر در صدد بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان بروز افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده می‌باشد. بنابراین با توجه به توضیحات ذکر شده، سوال پژوهش حاضر عبارت است از این‌که: آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده از افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده اثر گذار است؟

روش

پژوهش حاضر به صورت طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. پیش از اجرای روش درمانی (اعمال متغیر مستقل) آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل توسط پرسشنامه افسردگی بک و آزمون افکار خودآیند منفی مورد ارزیابی قرار گرفته و نمرات آنها ثبت گردید. بعد از اعمال متغیر مستقل که در واقع روی گروه آزمایشی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا شد، گروه‌های آزمایش و گروه کنترل مجدداً توسط همان آزمون‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نمونه مورد بررسی در این پژوهش تعداد 24 بیمار زن مبتلا به افسردگی بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در زمان اجرای پژوهش، از بین کلیه مراجعه کنندگان زن به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روانشناختی و روانپزشکی سطح شهر مشهد در زمان اجرای پژوهش (1390-91) انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه 12 نفر) جایگزین شدند.

به منظور گردآوری داده‌ها در این پژوهش از پرسشنامه‌های از پرسشنامه‌های افسردگی بک II و پرسشنامه افکار خودآیند منفی هولون و کندال استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک - II، جهت سنجش علائم و شدت افسردگی تدوین شده است. این مقیاس 21 ماده دارد که پاسخ دهنده شدت افسردگی خود را با انتخاب یکی از چهار گزینه، 1، 2، 3 مشخص می‌شود و محدوده‌ی نمره کل هر فرد بین صفر تا 63 می‌باشد قضاوت بالینی بر اساس نقطه برش این مقیاس می‌باشد، نمرات صفر تا 13، افسردگی جزئی یا عدم افسردگی، 14 تا 19 افسردگی خفیف، 20 تا 28 افسردگی متوسط و 29 تا 63 افسردگی شدید را نشان می‌دهد. روایی سازه این آزمون در جمعیت

غیر ایرانی 66٪ ضریب آلفای کرونباخ آن 89٪، ضریب همبستگی میان دو نیمه آن 89٪، و ضریب بازآزمایی آن با فاصله دو هفته 94٪ و ضریب همبستگی آن با ویرایش اول این مقیاس 93٪ گزارش شده است (الیور و مورفی، 2007). همچنین با اجرای این پرسشنامه بر روی یک گروه 125 نفری از دانشجویان ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ را 78٪ و ضریب بازآزمایی با فاصله دو هفته 73٪ به دست آمد (محسنی فر و همکاران، 1381).

پرسشنامه افکار خودآیند نیز آزمونی است که برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودکار در مورد خود استفاده می‌شود. این اظهار نظرهای منفی ناآشکار نقش مهمی در ایجاد، دوام و درمان آسیب‌های روان شناختی مختلف از جمله افسردگی ایفا می‌کنند. پرسشنامه، این پرسشنامه چهار جنبه از این افکار خودکار شامل ناسازگاری شخصی و تمایل به تغییر، خودپنداره منفی و انتظارات منفی، اعتماد به نفس پایین، و ناامیدی را می‌سنجد. در ایران ضرایب روایی همگرا معادل 67٪ و 74٪ و نیز ضرایب پایایی آزمون-باز آزمون 76٪ و 88٪ به ترتیب برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن گزارش شده است (هولون و کندال، 1980، به نقل از کاویانی و همکاران، 1384).

برای مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل، از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای محاسبه داده‌ها از نسخه 16 نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جداول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره 1- شاخص‌های توصیفی افکار خود آیند منفی در سه مرحله آزمون در گروه آزمایشی و گواه

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۷/۴۳	۹۱/۱۷	۵/۹۳	۸۵/۵۰	۶/۰۴	۱۱۷/۰۸	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن	افکار

						آگاهی	خودآیند
۷/۲۳	۱۱۸/۲	۵/۲۳	۱۱۹/۵۰	۶/۸۳	۱۱۹/۵۰	گواه	منفی

مقایسه میانگین‌های درج شده در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین افکار خود آیند منفی در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از پیش آزمون به پس آزمون کاهش یافته و از پس آزمون به پیگیری اندکی افزایش یافته است. در گروه گواه کاهشی در میانگین در پس آزمون ایجاد نشده است.

تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیه پژوهشی از تحلیل اندازه گیری مکرر استفاده شده است جهت بررسی بهنجار بودن توزیع جامعه از آزمون نا پارامتری کالموگروف- اسمیرنوف تک بعدی استفاده شد.

جدول شماره 2- نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع افکار خود آیند منفی

گروه	شاخص‌ها	افکار خود آیند منفی	مکانیسم‌های پخته	مکانیسم‌های نوروتیک	مکانیسم‌های نا پخته
شناخت	Z کالموگروف- اسمیرنوف	۱۸/۰	۱۲/۰	۲۱/۰	۲۱/۰
درمانی	سطح معناداری	>۲۰/۰	>۲۰/۰	۰۹/۰	۱۴/۰
گواه	Z کالموگروف- اسمیرنوف	۲۲/۰	۱۸/۰	۱۶/۰	۲۰/۰
	سطح معناداری	۱۱/۰	>۲۰/۰	>۲۰/۰	۱۶/۰

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها نرمال است.

جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون برابری خطای واریانس لوین ۲ استفاده شده است. در این آزمون اگر سطح معناداری بیشتر از 0/05 باشد، بدین معنی است که داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند.

مفروضه کروییت موچلی: در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر آزمون کروییت موچلی گوبای آن خواهد بود که بین تمام متغیرها به سختی همبستگی یکسانی وجود دارد. برای آزمون این فرض نرم افزار SPSS مقدار خی دو را تخمین می‌زند. اگر معناداری این مقدار کمتر از 05/0 باشد، فرض کروییت رد می‌شود. در چنین مواردی می‌توان از راهبرد اصلاح اسپیلن استفاده کرد. در پژوهش حاضر به واسطه کم بودن حجم نمونه از تخمین هیون- فلت ۲ استفاده شد. این اصلاح کمتر محافظه کارانه است.

نتایج دو آزمون اخیر ذیل فرضیه به صورت مجزا آورده شده است.

فرضیه: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده از افکار خود آیند منفی در بیماران افسرده تأثیر دارد.

جهت پاسخگویی به این فرضیه پژوهشی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر با کنترل اثر تحصیلات استفاده شد. بدین ترتیب که میانگین افکار خود آیند منفی در سه مرحله آزمون به عنوان متغیر وابسته، عضویت در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه به عنوان متغیر مقایسه و تحصیلات بیماران به عنوان متغیر همپراش وارد تحلیل شده‌اند. انجام این تحلیل منوط به برآورد شدن مفروضه همگنی واریانس‌ها و کروییت موچلی است. نتایج حاکی از محقق شدن همگنی واریانس‌ها و کروییت موچلی است.

جدول شماره 3- نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه در افکار خود آیند منفی

متغیر	آزمون	مقدار F	df ₁	df ₂	سطح معناداری
افکار خود آیند منفی	پیش آزمون	۰/۰۵	۱	۲۲	۸۲/۰
	پس آزمون	۰/۵۴	۱	۲۲	۴۷/۰
	پیگیری	۰/۱۰	۱	۲۲	۷۶/۰

جدول شماره 4- نتایج بررسی فرض کرویت موچلی در افکار خود آیند منفی در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه

اثر بین گروهی	W موچلی	خی دو تقریبی	درجات آزادی	سطح معناداری
افکار خود آیند منفی	96/0	84/0	2	64/0

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر با حذف اثر تحصیلات در جدول 7 و 8 آورده شده است.

جدول شماره 5 - نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر اثرات درون آزمودنی‌ها در افکار خود آیند منفی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه

متغیر	منبع تغییرات	مکعب مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای	توان آزمون
افکار خود آیند منفی	آزمون	۷۳/۶۵۵	۲	۸۷/۳۲۷	۹۹/۳۷	۰۰۰۵/۰	۶۴/۰	۱
	آزمون × تحصیلات	۱۵/۱۳	۲	۵۸/۶	۷۶/۰	۴۷/۰	۰۴/۰	۱۷/۰
	آزمون × عضویت	۱۹/۳۱۱۲	۲	۰۹/۱۵۵۶	۲۹/۱۸۰	۰۰۰۵/۰	۹۰/۰	۱

جدول شماره 6- نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر اثرات بین آزمودنی‌ها در افکار خود آیند منفی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه

متغیر	منبع تغییرات	مکعب مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای	توان آزمون
افکار خود آیند منفی	تحصیلات	۲۷/۳	۱	۲۷/۳	۰۳/۰	۸۷/۰	۰۰۱/۰	۰۵/۰
	عضویت	۷۵/۷۶۴۷	۱	۷۵/۷۶۴۷	۷۸/۶۶	۰۰۰/۰	۷۶/۰	۱

جدول شماره 7- مقایسه میانگین‌های اصلاح شده افکار خود آیند منفی در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	خطای استاندارد	فاصله اطمینان 95 درصد	
					کرانه پایین	کرانه بالا
افکار خود آیند منفی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش آزمون	۰۳/۱۱۷	۹۲/۱	۰۳/۱۱۳	۰۳/۱۲۱
		پس آزمون	۵۲/۸۵	۶۷/۱	۰۵/۸۲	۹۹/۸۸
		پیگیری	۳۳/۹۱	۱۸/۲	۸۱/۸۶	۸۶/۹۵
	گواه	پیش آزمون	۵۵/۱۱۹	۹۲/۱	۵۵/۱۱۵	۵۶/۱۲۳
		پس آزمون	۴۸/۱۱۹	۶۷/۱	۰۰۳/۱۱۶	۹۵/۱۲۲
		پیگیری	۰۸/۱۱۸	۱۸/۲	۵۶/۱۱۳	۶۱/۱۲۲

آن چنان که در جدول 5 نشان داده شده است تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افکار خود آیند منفی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد ($P=0/0005$). اثر تعاملی و همزمان آزمون و تحصیلات معنادار نیست ($P>0/05$). سایر نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی عضویت گروهی و آزمون در افکار خود آیند منفی معنادار است ($P=0/0005$). بدین معنی که عضویت گروهی و آزمون به طور تعاملی و همزمان بر میانگین افکار خود آیند منفی تأثیر دارند و تفاوت میانگین بیماران گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است. میزان تأثیر اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی 0/90 است. بدین معنی که 90 درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها به واسطه دریافت یا عدم دریافت درمان و اجرای آزمون است. نتایج جدول 6 نیز گویای آن است که اثر متغیر تحصیلات بر میانگین افکار خود آیند منفی معنادار نیست ($P>0/05$). اما بر حسب عضویت در گروه شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه، در افکار خود آیند منفی تفاوت وجود دارد ($P=0/0005$ ، $F=66/78$ ، $F_{(2,76)}=0/76$). مقایسه میانگین‌های اصلاح شده این متغیر با حذف اثر تحصیلات در جدول 7 گویای آن است میانگین نمرات بیماران گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پس

آزمون و پیگیری کمتر از بیماران گروه گواه است. بر این اساس فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خود آیند منفی بیماران افسرده تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

در مجموع در پاسخ به این سوال پژوهشی که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان استفاده از افکار خود آیند منفی در بیماران افسرده تأثیر دارد، نتایج حاصل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اجرای روش آزمایشی منجر به کاهش نمرات افکار خودآیند منفی در گروه آزمایش گردید. به نحوی که پس از اجرای روش درمانی بین میانگین های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=66/78, P=0/0005$) مشاهده گردید.

نتایج با یافت های بسیاری از تحقیقات همسو می‌باشند. از این یافته‌ها می‌توان به نقش مؤثر و مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی در بیماران افسرده پی برد. از جمله تحقیقاتی که در آن به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افکار خودآیند منفی پرداخته شده می‌توان به کار انجام شده توسط آذرگون و کجباف (1389) اشاره کرد که در آن تعداد 36 بیمار افسرده (12 بیمار افسرده مرد و 24 بیمار افسرده زن) مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان در 8 جلسه تحت آموزش گروهی با روش ذهن آگاهی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس حاصل از اجرای روش درمانی ذهن آگاهی روی این افراد، حاکی از اثربخشی این روش درمانی بود، به نحوی که در نمرات به دست آمده از پرسشنامه نگرش نا کارآمد و افکار خودآیند و سیاهه افسردگی بک گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش محسوسی دیده شد ($p>0.01$).

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیق پی یت و هوگارد (2011)، مانیکاوااسگار، پارکر و پریچ (2011) همسو بود. نتایج تحقیقات حاضر نیز حاکی از آن بودند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی همزمان با بهبود افسردگی در بیماران افسرده، منجر به کاهش افکار خودآیند منفی در این بیماران نیز می‌شود.

همچنین یافته‌های این پژوهش با تحقیق تیزدل و همکاران (2002) در زمینه کاهش افسردگی و افکار خودآیند منفی همسو می‌باشد. تیزدل معتقد است که آمایه شناختی ناکارآمد منفی به عنوان حقایق در مورد خود تفسیر می‌شوند در حالی که آمایه شناختی کارآمد منفی به عنوان بخشی از واقعیت تفسیر می‌شوند که ممکن است با واقعیت مطابقت داشته باشند یا آن‌که مغایر آن باشند (تیزدل، سگال، ویلیامز، 2002).

یافته‌های این بررسی بیانگر آن است که در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بدون آن‌که درمانگر مستقیماً با نگرش نا کارآمد آزمودنی‌ها درگیر شود نوعی بازسازی شناختی انجام می‌شود (کابات زین، 2005، به نقل از آذرگون و کجباغ، 1389).

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار کرد یک دلیل عمده تشکیل و تشدید خلق افسرده، افکار خودآیند منفی می‌باشد. افکار خودآیند منفی در بسیاری از موارد تحت تاثیر توجه به رویدادهای گذشته یا پیش‌بینی آینده شکل می‌گیرند. با توجه به این که در ذهن آگاهی تلاش عمده و اصلی آموزش توجه بدون قضاوت به تجربیات زمان حال می‌باشد. در این روش بی آنکه توجه اصلی را روی افکار خودآیند قرار داده باشیم تنها با توجه به این نکته که به بیمار یاد داده‌ایم تا افکار خویش را روی تجربیات زمان حال متمرکز کند، باعث کاهش افکار خودآیند منفی ناشی از توجه به رویدادهای گذشته یا آینده شده‌ایم.

1- فیروز آبادی، عباس و شاره، حسین. اثر بخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری. مجله تازه‌های علوم شناختی. مجله تازه‌های علوم شناختی، سال 11، شماره 2، 1388، 1-7

2- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان و بهیرایی، هادی. اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری 60 روزه. نشریه روانشناسی، تازه های علوم شناختی، بهار 1384، شماره 25، 49-59

3- محسنی فر، ستاره؛ قاسم زاده، حبیب الله و صادقی، مجید. بررسی رویدادهای زندگی و ارتباط آن با افسردگی در دستیاران پزشکی. مجله پایش، دوره دوم، شماره اول، زمستان 1381

4- آذرگون، حسن و کجیاف، محمد باقر. اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه تهران. مجله روانشناسی، بهار 1389، سال چهاردهم، شماره 1.

5 - Piet, J., Hougaard, E. (2011). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Relapse in Recurrent Major Depressive Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 31 (6), 1032–1040.

6 - Manicavasagar, V., Parker, G., Perich, T. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Vs. Cognitive Behaviour Therapy as a Treatment for Non-Melancholic Depression. *Journal of Affective Disorders*. 130 (1–2), 138–144.

7 - Fulton, P., Germer, C., Siegel, R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

8 - Winters CA, Cudney S, Sullivan T (2010). Expressions of depression in rural women with chronic illness. *The international electronic journal of rural and remote health research, education, practice and policy*.

9 -Kabat-Zinn, J. (2002) Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.

-
- 10 - Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229–233
- 11 - Kessing L.V., Hansen M.G., Andersen P.K. Course of illness in depressive and bipolar disorders – naturalistic study, 1994–1999. *British Journal of Psychiatry*. 2004;185:372–377
- 12- Segal, ZV., Williams, J.M.G., Teasdale J.D . Mindfulness based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. 2002: New York: Guilford Press.
- 13- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness. New York: Dell.
- 14 - Kabat-zinn, j., massin, A.O., Kristeller, J., Prterson, L.g., Fletcher, K. E., Pbert, Lenderking, W. r., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.

