

June-July 2021, Volume 16, Issue 2

The Effect of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Quality of life, Behavioral Activation, and Cognitive Emotion Regulation in Women's with Insufficient Depressive Symptom Disorder

Shalikari M^{1*}, Mirzaian B², Parhoon H³, Parhoon K⁴

PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

4. Postdoc Researcher in Cognitive Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Shalikari M, PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: marziehshalikari@gmail.com

Received: 5 July 2020

Accepted: 5 Feb 2021

Abstract

Introduction: Insufficient depressive symptom disorder is a main predictor of Major Depression Disorder. Therefore, the aim of this study was investigation the effect of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on quality of life, behavioral activation and cognitive emotion regulation in women afflicted insufficient depressive symptom disorder.

Methods: This study was Quasi-experimental pretest-posttest and follow-up design that was performed in 32 women with insufficient depressive symptom disorder were selected by convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received MBCT therapy over 8 sessions and the he control group did not receive any psychological treatment. The behavioral Activation for Depression Scale (BADS), Quality of Life – the short Form- (WHO-QOL-BREF) and cognitive emotion regulation Questionnaire (CERQ) were used to collect the data in the pre-test, post-test and f follow-up. The data were analyzed by the statistical test of mixed variance analysis.

Results: Data revealed that MBCT significantly improved the components of quality of life, behavioral activation and cognitive emotion regulation. In addition, the changes made during the follow-up phase were also stable.

Conclusions: The results of this study revealed the effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on quality of life, behavioral activation and cognitive emotion regulation of women with insufficient depressive symptom disorder. In this way, mental health professionals can prevent the onset of major depressive disorder by on time screening, diagnosis and treatment of insufficient depressive symptom disorder.

Keywords: Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), Insufficient depressive symptom disorder, Quality of life, Behavioral activation and cognitive emotion regulation.

تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی

مرضیه شالیکاری^{۱*}، بهرام میرزائیانی^۲، هادی پرهون^۳، کمال پرهون^۴

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

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

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۴- پژوهشگر پسا دکتری روان‌شناسی شناختی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه شالیکاری، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
ایمیل: marziehshalikari@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۴

چکیده

مقدمه: اختلال دوره افسردگی با علائم ناکافی یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال افسردگی اساسی است؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری انجام شد. از بین زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی شهرستان بابلسر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند، این در حالی بود که گروه گواه مداخله خاصی دریافت نکرد. مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، مقیاس فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی و پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه برای دو گروه اجرا و یافته‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته درون-بین‌گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنا که گروه آزمایش که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند در مرحله پس‌آزمون در مؤلفه‌های کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نسبت به گروه گواه وضعیت بهتری داشتند و تغییرات ایجاد شده در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از تأثیر مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی بود. از این رو، توجه به یافته‌های به دست آمده می‌تواند در جهت پیشگیری از تبدیل این بیماری به اختلال مزمن افسردگی اساسی مورد توجه تیم سلامت روان این افراد قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال افسردگی با علائم ناکافی، کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری، تنظیم شناختی هیجان.

مقدمه

اختلال افسردگی با علائم ناکافی (افسردگی خفیف) یک عامل خطر آفرین جدی جهت ابتلا به اختلال افسردگی اساسی است (۱). کاوش مبانی نظری و پژوهشی این حوزه حاکی از آن است که اختلال افسردگی به عنوان یک مشکل جدی تأثیرات مخربی بر عملکرد فردی و اجتماعی افراد دارد و از لحاظ روانی-اقتصادی بار زیادی برای خانواده ها و شبکه بهداشت و روان جامعه در پی دارد (۲). این طبقه تشخیصی برای مواردی به کار می رود که علائم ویژه افسردگی در فرد وجود دارد و از نظر بالینی موجب ناراحتی چشمگیر یا افت کارکرد فردی، شغلی و اجتماعی فرد شده؛ ولی واجد شرایط ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی نیست (۳). اختلال افسردگی با علائم ناکافی (افسردگی خفیف) به عنوان پیش درآمد ابتلا به افسردگی اساسی در نظر گرفته می شود و یکی از مهم ترین پیش بینی کننده های افسردگی اساسی است (۴).

بیماری افسردگی به عنوان یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین اختلال های روانی در دنیا بار اقتصادی هنگفتی بر دوش خانواده ها و اجتماع دارد و با اختلال در عملکرد افراد به مشکلات در کیفیت زندگی، ادراک ذهنی از بهزیستی روان شناختی، مشکلات اجتماعی، شغلی یا روانی منجر خواهد شد (۵). یکی از پیامدهای ناخوشایند بیماری افسردگی، کاهش کیفیت زندگی است که تأثیرات مخربی در زندگی افراد مبتلا دارد. کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چند عاملی از ویژگی های مختلف فردی، ذهنی، اجتماعی و عینی تأثیر می پذیرد. در طی دو دهه گذشته سنجش کیفیت زندگی در ارزیابی، سیر و درمان اختلال های مزمن از جمله افسردگی جایگاه مهمی پیدا کرده و مورد توجه جدی متخصصین و صاحب نظران این حوزه قرار گرفته است. شواهد پژوهشی متعددی به رابطه بین افسردگی و کیفیت زندگی اشاره کرده اند. افسردگی می تواند منجر به بیماری های مزمنی جدی از قبیل مشکلات قلبی عروقی، دیابت، تشدید مشکلات سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی شود (۶). در این راستا یافته های پژوهش Cho و همکاران (۶)، حاکی از آن بود که سن بالا، سطح پایین تحصیلات، وضعیت اقتصادی ضعیف، ادراک ذهنی ضعیف از سلامت، بیکاری، چاقی و مشکلات سلامت روان رابطه قوی با کاهش کیفیت زندگی در افراد افسرده دارند. نتیجه مطلوب در درمان افسردگی، زمانی اتفاق می افتد که با بهبود کامل علائم افسردگی کارکرد روان شناختی

مرضیه شالیکاری و همکاران

بیمار نیز بهبود یابد. بهبود موقت و جزئی علائم افسردگی با توجه به عود پذیر بودن نشانگان این اختلال با افزایش بار اقتصادی بیماری بر فرد و جامعه به کیفیت زندگی پایین و مشکلات در بهزیستی روان شناختی همراه است (۷). براساس شواهد پژوهشی، ارتقاء کیفیت زندگی با افزایش پیروی از درمان و به تبع آن پاسخ به درمان در بیماران افسرده در ارتباط است (۸).

از سوی دیگر یکی از عوامل مهم در ایجاد و تداوم افسردگی رکود انرژی و رفتارهای اجتنابی است (۹). براساس مبانی نظری رفتاردرمانی زیر بنای فعال سازی رفتاری، اجتناب و رفتارهای مرتبط با آن نقش مهمی در بروز و حفظ نشانگان افسردگی ایفا می کنند (۳). در یک محیط استرس آور اجتناب از رویدادهای ناخوشایند از قبیل به تعویق انداختن، اجتناب و دوری گزینی در افراد افزایش می یابد. در نتیجه رفتارهای سازگارانه مرتبط به سبک زندگی سلامت محور کاهش و به دنبال آن افسردگی در فرد ایجاد و خلق افسرده پایدار خواهد ماند (۱۰). از این رو، فعال سازی رفتاری برای افسردگی به دنبال افزایش رفتارهای سازگارانه و کاهش رفتارهای اجتنابی با استفاده از روش های فعال سازی ساده از قبیل تعیین اهداف کوتاه مدت، برنامه های فعل ساز و انجام ملخله های لازم در این زمینه از جمله پایش رفتارهای اجتنابی و جایگزین کردن رفتارهای مناسب به جای آن ها است (۱۱).

همان طور که پیشتر اشاره شد، کیفیت زندگی یکی از مهم ترین مفاهیم مرتبط به حوزه سلامت است. شناسایی عوامل موثر بر کیفیت زندگی می تواند به پیشرفت و بهبود ملخله های سلامت محور کمک کند. در این حوزه شواهد پژوهشی حاکی از آن است که فعال سازی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی افراد افسرده خواهد شد. در این راستا، نتیجه مطالعه Yamamoto و همکاران (۱۱)، حاکی از آن بود که افسردگی به طور کامل رابطه بین اجتناب و کیفیت زندگی و به طور جزئی رابطه بین فعال سازی و کیفیت زندگی را پیش بینی می کند همچنین براساس نتایج به دست آمده فعال سازی به طور مستقیم و غیر مستقیم تمامی جنبه های کیفیت زندگی را تحت تأثیر می دهد در حقیقت براساس شواهد پژوهشی کیفیت زندگی با فعال سازی رفتاری ارتباط قوی دارد، یعنی کاهش فعال سازی رفتاری با کاهش کیفیت زندگی افراد همراه است (۱۰) به طوری که کاهش درگیر شدن در فعالیت های مختلف اغلب در بیماران افسرده قابل مشاهده است (۱۲).

درواقع بیمار افسرده روزبه‌روز درگیری کمتری با فعالیت‌های لذت بخش یا تسلط آور دارد و بیشتر به کنج عزلت و تنهایی پناه می‌برد.

از سوی دیگر شاید به جرأت بتوان گفت که مشکلات هیجانی و بد تنظیمی هیجانی قلب مفهومی و مهم ترین مساله در پیدایش، سیر و درمان اختلال های مزمن محسوب می شود. با توجه به تاثیرات همه جانبه اختلال افسردگی بر جنبه های مختلف سلامت روان، شناسایی عوامل خطر آفرین دخیل و سازوکارهای زیربنایی آن ها جهت انجام مداخله های پیشگیرانه و درمانی از اهمیت و ضرورت بالایی برخوردار است (۱۳). یکی از مکانیسم های بالقوه در ایجاد و پایداری علائم افسردگی مشکلات در تنظیم هیجان ها است (۱۴). افراد مستعد افسردگی ممکن است از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان استفاده کنند که این مساله باعث تشدید و پایداری علائم افسردگی خواهد شد (۱۵). همچنین افراد افسرده، ممکن است آگاهی هیجانی لازم را نداشته، توانایی لازم برای درک هیجان ها را کسب نکرده و در تحمل آن مشکل داشته باشند. در نتیجه این افراد در بازتوانی هیجانی ناشی از حوادث منفی مشکل داشته که پیامد آن پایداری خلقی منفی در آن ها است (۱۶). همچنین مشکلات تنظیم هیجان بعد از بهبودی اختلال افسردگی نیز در افراد قابل مشاهده است (۱۷، ۱۸).

در مجموع با توجه به شواهد پژوهشی می توان عنوان کرد که تنظیم هیجان در شروع نشانگان افسردگی و همچنین عود این نشانگان دخیل است (۱۵). شواهد به دست آمده از مطالعات فراتحلیل و مرور نظام مند نیز در جهت تایید این یافته ها است. در این راستا یافته های مطالعه Visted و همکاران (۱۵) حاکی از آن بود که افراد افسرده میزان بالایی از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان برای اجتناب، نشخوارگری و سرکوب در مقایسه با گروه کنترل سالم نشان می دهند. همچنین این بیماران میزان کمتری از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان برای پذیرش، حل مساله و ارزیابی مجدد گزارش کردند. در مجموع این بیماران محدودیت های جدی در تنظیم هیجان گزارش کردند.

در سال های گذشته، مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال های مزمن مورد توجه پژوهشگران و متخصصان سلامت روان قرار گرفته اند. مطالعات متعددی حاکی از تاثیر مثبت این مداخله ها در حوزه های بالینی و بهنجار است (۱۹-۲۱). همچنین شواهد عصب زیستی

نیز حاکی از آن است که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به انعطاف پذیری مغز می تواند باعث تغییر در عملکرد و ساختار مغز شود (۲۲، ۲۳). برخی از سازکارهای اصلی عصب شناختی تاثیرگذاری مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی شامل کنترل توجه، تنظیم هیجان و خودآگاهی است (۲۴).

در میان مداخله های مختلفی که برای افسردگی پیشنهاد شده است شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی جایگاه ویژه ای دارد (۲۵). در این روش مهارت هایی به افراد آموزش داده می شود تا با فراموشی افکار شناختی خودکار راه جدیدی جهت رهایی از الگوهای شناختی ناکارآمد کسب کنند. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که در اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر در مورد هر آنچه که اتفاق می افتد. به نظر تیزدل مهارت های آموخته شده کنترل توجه در مراقبه ذهن آگاهانه می تواند در پیش گیری از عود افسردگی مفید باشد. بر اساس نظریه پردازش اطلاعات در مورد افسردگی، افرادی که دوره های افسردگی اساسی را تجربه کرده اند، در زمان مواجه شدن با حالت های ملال در مقابل عود افسردگی آسیب پذیرند، زیرا این حالت ها می توانند الگوی تفکر افسرده ساز در طول دوره یا دوره های قبلی را دوباره فعال کنند.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به وسیله سگال و همکارانش برای هشت جلسه گروهی (هفته ای یک جلسه) طراحی شده است (۲۶). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افرادی که سطح ذهن آگاهی شان بالاتر است توانایی بیشتری در فراهم ساختن فرصت های لازم برای انجام فعالیت های جسمانی نشاط آور دارند (۲۷). این مساله می تواند به دلیل ارتباطی باشد که بین ذهن آگاهی و خودتنظیمی ایجاد می شود (۲۸). از این رو، می توان استنباط کرد افرادی که دارای سطح بالاتری از ذهن آگاهی هستند و سطح خودتنظیمی بهتری نیز دارند، نسبت به کسانی که سطح ذهن آگاهی و خودتنظیمی پایین تری دارند به احتمال بیشتری قادر به غلبه بر وسوسه ناعالی جسمانی هستند. این خصیصه (ذهن آگاهی و خودتنظیمی) به افراد کمک می کند تا تکالیف چالش برانگیز از قبیل تداوم یک برنامه منظم برای انجام فعالیت های جسمانی را حفظ نماید. با توجه به اهمیت اختلال افسردگی با علائم ناکافی (افسردگی خفیف) شناسایی بهنگام و انجام مداخله کارآمد می تواند از وخامت حال این بیماران جلوگیری و مانع از تبدیل وضعیت آن ها به اختلال مزمن افسردگی اساسی

مرضیه شالیکاری و همکاران

و غیرمنتظره در هر مرحله از انجام پژوهش بود. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل ۱. پرسش‌نامه کیفیت زندگی (World Health Organization QOL-BREF) جهت سنجش ابعاد کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ پرسش است و در سال ۱۹۹۶ توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و به منظور ارزیابی سلامت و مشخص کردن عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط طراحی شده است. این مقیاس در طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود، به طوری که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ و ۰/۸ گزارش شده است. در پژوهش پورحقیقت (۳۰) همسانی درونی این مقیاس در ایران با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده است ۲. مقیاس فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی (Behavioral Activation for Depression Scale) جهت سنجش زیرمولفه‌های فعال‌سازی رفتاری استفاده شد. این مقیاس خود گزارشی توسط Kanter و همکاران (۳۱)، طراحی شده و دارای ۲۵ ماده و چهار زیرمقیاس فعال‌سازی، اجتناب / نشخوار فکری، افت تحصیلی / شغلی و آسیب اجتماعی است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس هفت‌گزینه‌ای از هرگز (صفر) تا کاملاً (۶) به هر یک از گویه پاسخ می‌دهند. برای نمره‌گذاری BADS، گویه‌های هر چهار زیرمقیاس به جز مقیاس فعال‌سازی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، اما برای نمره‌گذاری زیرمقیاس‌ها به صورت جداگانه، نیاز به معکوس کردن نمرات گویه‌ها نیست. این تفاوت در نمره‌گذاری BADS و زیرمقیاس‌های آن باعث می‌شود تا مقیاس کل و زیرمقیاس‌ها معرف نام خود باشند؛ به این صورت که نمرات بالا در مقیاس کل معرف فعال‌سازی بالا و نمرات بالا در زیرمقیاس‌ها نشانگر افزایش سطح فعالیت در زیرمقیاس‌ها هستند. در پژوهش محمدی و امیری (۳۲)، همبستگی بین زیرمقیاس‌های BADS و نمره کل در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۱ گزارش شد ۳. همچنین از فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire- Short Form) جهت سنجش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان استفاده شد. این مقیاس توسط Garnefski و همکاران (۳۳)، جهت ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخدادها تهدیدکننده

شود. بنابراین، شناسایی تکنیک‌های درمانی مؤثر و در عین حال ساده، دردسترس، و غیرتهاجمی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی از اهمیت و ضرورت بالایی برخوردار است؛ زیرا، در صورت مشاهده نتایج مثبت از مداخله یاد شده، می‌توان روش مذکور را به عنوان راهکار درمانی و توان-بخشی، به این بیماران و کادر درمانی مرتبط با آن‌ها، به جهت درمان و توانمندسازی آنان معرفی نمود و آثار منفی و آسیب و ضررهای فردی، خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی ناشی از این اختلال را تا حد ممکن کاهش داد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی (افسردگی خفیف) انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری انجام شد. در این پژوهش «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» متغیر مستقل و کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان متغیرهای وابسته بودند. جامعه پژوهش شامل زنان دارای افسردگی خفیف مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی شهرستان بابلسر در سال ۱۳۹۷ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (دو گروه ۱۶ نفره) تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل، دریافت تشخیص اختلال افسردگی با علائم ناکافی با استفاده از مصاحبه ساختار یافته و بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-5، کسب نمره بین ۱۴ تا ۱۹ در پرسشنامه دوم مقیاس افسردگی Beck و همکاران (۲۹)، دامنه سنی بین ۲۸ تا ۴۰ سال، تحصیلات سیکل به بالاتر، عدم بارداری و شیردهی در حین انجام طرح؛ عدم بستری در بیمارستان به دلیل اختلال روان‌پزشکی شدید در طی دو سال گذشته؛ عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و افسردگی، عدم سوء مصرف مواد مخدر؛ تسلط به زبان پارسی؛ نداشتن افکار خودکشی؛ تعهد به مداخله و شرکت در پیگیری؛ عدم شرکت در یک برنامه ذهن آگاهی در زمان اجرای طرح حاضر؛ عدم دریافت تمرینات ذهن آگاهی در شش ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل، غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ بروز استرس‌های بزرگ و حوادث حاد

حاضر به تائید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد ساری IR.IAU. SARI.REC.1397.034 رسیده است. همه اعضا گروه نمونه بر گه رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضاء کردند. با رعایت اصول اخلاقی از جمله احترام به اصل رازداری شرکت کنندگان؛ ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت کنندگان؛ آزاد بودن شرکت کنندگان برای خروج از روند پژوهش در هر مرحله‌ای از طرح؛ شرکت کنندگان با روش تصادفی ساده و استفاده از قرعه کشی در دو گروه ۱۶ نفره تخصیص یافتند. گروه آزمایش ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن گروهی را به صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. برنامه مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط یک متخصص بالینی با اشراف کامل به درمان های ذهن آگاهی و شناخت درمانی با استفاده از مباحث نظری و تمرینات عملی در یکی از کلینیک های روان درمانی بابلسر انجام شد. خلاصه ای از جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی براساس پروتکل Kabat-Zinn (۳۵) در (جدول ۱) گزارش شده است. داده های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون های خی دو، تی مستقل و تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم افزار SPSS 25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معناداری آزمون های آماری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد.

یا استرس های زندگی به کار می برد، طراحی گردید. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده و ۹ زیر مقیاس ملامت خویشتن، ملامت دیگران، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی و دیدگاه گیری است و در طیف لیکرت پنج درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. هر زیرمقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده مقیاس ها از طریق جمع کردن نمره ماده ها به دست می آید. بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود و نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیان گر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله با وقایع استرس زا و منفی است. گارنفسکی و همکاران (۳۳) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین، همسانی درونی این مقیاس در ایران توسط حسنی (۳۴) با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن را بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ گزارش شد.

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به کلینیک های روان درمانی شهرستان بابلسر مراجعه و از مسئولان تقاضا شد که زنان دارای علائم ناکافی افسردگی را معرفی نمایند. بعد از معرفی زنان با توجه به غربالگری های به عمل آمده بر مبنای ابزارهای تشخیصی و ملاک های ورود به پژوهش گروه نمونه انتخاب شد. پژوهش

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	هدف	محتوای جلسات
نخست	هدایت خودکار	شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت های روزانه، واریس بدنی.
دوم	رویارویی با موانع	سروکار داشتن با موانع، واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت های لذت بخش، مراقبه ی نشست ۱۰ دقیقه ای
سوم	تنفس ذهن آگاهانه	حضور ذهن یا آگاهی از تنفس: حفظ هوشیاری، مراقبه ی نشست ۴۰ دقیقه ای تنفس و بدن، حس های بدنی ناراحت کننده
چهارم	ماندن در زمان حال	ماندن در زمان حال، دلبستگی، بیزاری و کسالت
پنجم	پذیرش و اجازه / مجوز حضور	اجازه دادن / مجوز حضور: پذیرش تجارب فردی
ششم	افکار حقایق نیستند	مراقبه نشست، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، افکار حقایق نیستند، افکار فقط افکارند
هفتم	بهترین شکل مراقبت از خود	چطور می توانیم به بهترین وجهی مراقب خودمان باشیم: فهرست فعالیت های لذت بخش و مهارت آمیز، فهرست علائم و نشانه های افسردگی، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با افسردگی و آماده سازی برنامه فعالیت تمرین خداحافظی کردن.
هشتم	استفاده از آموخته ها جهت کنار آمدن با مشکلات خلقی در آینده	تمرین واریس بدنی، بازنگری کل برنامه، کاربرد آموخته ها برای سروکار داشتن و خلق آینده.

مرضیه شالیکاری و همکاران

سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($P=0/39$, $df=30$). همچنین دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات نیز همگن بودند ($P=0/93$, $df=4$, $X^2=0/23$). مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه ها در (جدول ۲) گزارش شده است.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش $33/81 \pm 3/47$ و گروه گواه $31/75 \pm 3/41$ بود. جهت بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر جمعیت شناختی

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر به تفکیک گروه

متغیر	سطوح	گروه آزمایش		مقدار احتمال
		فرآوانی (%)	فرآوانی (%)	
سن	۲۸-۳۰ سال	۵ (۳۱٪)	۶ (۳۷٪)	$P=0/41$
	۳۱-۳۵ سال	۸ (۵۰٪)	۷ (۴۴٪)	
	۳۶-۴۰ سال	۳ (۱۹٪)	۳ (۱۹٪)	
	زیر دیپلم	۳ (۱۹٪)	۳ (۱۹٪)	
	دیپلم	۶ (۳۸٪)	۵ (۳۱٪)	
	فوق دیپلم	۲ (۱۲٪)	۳ (۱۹٪)	
سطح تحصیلات	کارشناسی	۴ (۲۵٪)	۴ (۲۵٪)	$P=0/93$
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱ (۶٪)	۱ (۶٪)	

(۳) گزارش شده است.

در ادامه یافته های توصیفی زیرمؤلفه های کیفیت زندگی بر اساس میانگین و انحراف معیار و به تفکیک گروه در (جدول ۳)

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار زیر مؤلفه های کیفیت زندگی، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه

گروه متغیر	گواه				آزمایش				پیش آزمون				پس آزمون				پیگیری							
	SD		M		SD		M		SD		M		SD		M		SD		M					
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M				
سلامت جسمانی	۳/۲۲	۲۰/۰۰	۳/۹۹	۲۰/۳۸	۳/۱۹	۱۹/۸۱	۲/۸۹	۳۰/۳۸	۲/۳۰	۳۰/۶۳	۴/۲۰	۱۹/۹۴	۳/۲۲	۲۰/۰۰	۳/۹۹	۲۰/۳۸	۳/۱۹	۱۹/۸۱	۲/۸۹	۳۰/۳۸	۲/۳۰	۳۰/۶۳	۴/۲۰	۱۹/۹۴
سلامت روانی	۳/۵۱	۱۶/۶۳	۳/۷۲	۱۶/۴۴	۲/۹۷	۱۴/۸۱	۲/۶۶	۲۵/۸۱	۲/۵۴	۲۷/۲۵	۳/۶۶	۱۵/۳۱	۳/۵۱	۱۶/۶۳	۳/۷۲	۱۶/۴۴	۲/۹۷	۱۴/۸۱	۲/۶۶	۲۵/۸۱	۲/۵۴	۲۷/۲۵	۳/۶۶	۱۵/۳۱
روابط اجتماعی	۲/۱۰	۶/۸۱	۲/۲۴	۶/۷۵	۲/۶۰	۶/۶۳	۱/۹۳	۱۳/۰۰	۲/۶۹	۱۳/۱۳	۲/۷۷	۶/۳۱	۲/۱۰	۶/۸۱	۲/۲۴	۶/۷۵	۲/۶۰	۶/۶۳	۱/۹۳	۱۳/۰۰	۲/۶۹	۱۳/۱۳	۲/۷۷	۶/۳۱
سلامت محیط	۴/۳۲	۱۷/۱۹	۴/۶۶	۱۷/۹۴	۵/۲۳	۱۷/۵۹	۳/۰۹	۳۳/۵۶	۳/۱۹	۳۳/۶۲	۶/۱۴	۱۷/۶۳	۴/۳۲	۱۷/۱۹	۴/۶۶	۱۷/۹۴	۵/۲۳	۱۷/۵۹	۳/۰۹	۳۳/۵۶	۳/۱۹	۳۳/۶۲	۶/۱۴	۱۷/۶۳

آزمون لون ($P>0/05$)، اطمینان حاصل شد. افزون بر این، نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت موخلی در مورد متغیرهای سلامت جسمانی ($\chi^2=2/56$, $df=2$, $P=0/23$)؛ سلامت روانی ($\chi^2=3/41$, $df=2$, $P=0/11$)، روابط اجتماعی ($\chi^2=1/63$, $df=2$, $P=0/45$) و سلامت محیط ($P=0/06$)، $df=2$ ($\chi^2=5/76$) معنادار نبود. از این رو، نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت موخلی برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس کوواریانس برای داده های مطالعه حاضر را تأیید کرد ($P>0/05$). نتایج به دست آمده حاکی از برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته ها بوده است.

همان طور که در (جدول ۳) قابل مشاهده است بین میانگین زیرمؤلفه های کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت های وجود دارد، اما این که این تفاوت ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما مشخص نیست. از این رو جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته ابتدا از پیش فرض های نرمال بودن نمونه مورد نظر در متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ($P>0/05$)، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از

در ادامه، نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر زیر مولفه های سلامت جسمانی ($\eta^2=0/65$)، سلامت روانی ($\eta^2=0/66$)، روابط اجتماعی ($\eta^2=0/57$) و سلامت محیط ($\eta^2=0/65$) معنادار بود. با مشاهده میانگین ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه که اثرمدخله ماندگار بوده است (جدول ۳). براساس میزان ضریب ایتای به دست آمده در تفاوت های بین گروهی می توان چنین بیان کرد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۶، ۰/۵۷ و ۰/۷۸ از تغییرات واریانس متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در مرحله پس آزمون را در زنان دارای اختلال افسردگی نامعین را تبیین می کنند. با توجه به یافته های به دست آمده می توان چنین گفت که مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر منجر به افزایش معنادار کیفیت زندگی در زنان دارای اختلال افسردگی نامعین شده و تاثیر مورد نظر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. در ادامه یافته های توصیفی زیرمولفه های فعال سازی رفتاری بر اساس میانگین و انحراف معیار و به تفکیک گروه در (جدول ۴) گزارش شده است.

افزون بر این، نتایج آزمون چند متغیری، اثربخایی نیز حاکی از تفاوت بین گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان و تعامل زمان و گروه بود ($F=150/03$, $p<0/001$). بدین معنی که از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در یکی از زیر مولفه های کیفیت زندگی نسبت به گروه گواه تفاوت های معنی داری وجود دارد. در ادامه جهت اطلاع دقیق تفاوت های دو گروه در مؤلفه های مورد پژوهش از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان بر زیرمولفه های سلامت جسمانی ($\eta^2=0/68$)، سلامت روانی ($\eta^2=0/72$)، روابط اجتماعی ($\eta^2=0/64$)، سلامت محیط ($\eta^2=0/78$) و همچنین نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در تعامل زمان و گروه نیز برای زیر مولفه های سلامت جسمانی ($\eta^2=0/64$)، سلامت روانی ($\eta^2=0/59$)، روابط اجتماعی ($\eta^2=0/62$) و سلامت محیط ($\eta^2=0/78$) معنادار بود. ($F_{(1, 29)}=54/77$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=57/12$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=40/35$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=56/94$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=63/40$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=78/73$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=54/15$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=107/92$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=43/08$, $p=0/001$)، ($F_{(1, 29)}=49/39$, $p=0/001$) و ($F_{(1, 29)}=107/86$, $p=0/001$) معنادار بود.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار زیر مولفه های فعال سازی رفتاری، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه

گروه متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		آزمایش				پس آزمون		پیش آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
فعال سازی	۵/۲۳	۱۸/۶۲	۵/۹۵	۱۹/۴۴	۶/۱۳	۱۹/۵۶	۳/۸۶	۳۲/۰۰	۵/۷۸	۳۲/۱۹	۶/۲۲	۱۸/۱۹
اجتناب/نشخوارگری	۳/۸۸	۱۳/۷۵	۶/۵۷	۱۴/۸۱	۷/۷۳	۱۵/۵۶	۴/۴۲	۳۲/۸۸	۵/۹۷	۳۲/۶۹	۷/۱۳	۱۵/۷۵
افت تحصیلی/شغلی	۲/۰۴	۱۱/۸۱	۳/۸۷	۱۰/۹۴	۲/۸۹	۱۱/۶۹	۲/۹۴	۲۵/۲۳	۳/۴۰	۲۵/۵۶	۳/۱۷	۱۲/۳۱
آسیب اجتماعی	۲/۴۳	۱۴/۸۱	۳/۳۹	۱۴/۵۳	۳/۸۸	۱۳/۸۱	۲/۷۲	۲۶/۲۵	۲/۹۷	۲۶/۵۰	۳/۶۱	۱۳/۱۳

با توجه به مندرجات (جدول ۴). بین میانگین زیرمولفه های فعال سازی رفتاری در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت های وجود دارد، اما این که این تفاوت ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما مشخص نیست. از این رو جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته ابتدا از پیش فرض های نرمال بودن نمونه مورد نظر

در متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ($P>0/05$)، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون لون ($P>0/05$)، اطمینان حاصل شد؛ افزون بر این، نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت موخلی در مورد متغیرهای فعال سازی ($P=0/09$)، $df=2$ ، $\chi^2=4/74$ ؛ اجتناب/نشخوارگری ($P=0/17$)، $df=2$ ، $\chi^2=2/15$ ، افت تحصیلی/شغلی ($P=0/49$)، $df=2$ ، $\chi^2=1/28$ ، و آسیب اجتماعی ($P=0/19$)، $df=2$ ، $\chi^2=2/36$ معنادار نبود. از این رو،

مرضیه شالیکاری و همکاران

$\eta^2=0/72$ ، اجتناب/نشخوارگری ($F_{(1, 29)}=79/01, p=0/001$)،
 $\eta^2=0/83$ ، اکت تحصیلی/شغلی ($F_{(1, 29)}=94/82, p=0/001$)،
 $\eta^2=0/81$ ، و آسیب اجتماعی ($F_{(1, 29)}=154/82, p=0/001$)
 $F_{(1, 29)}=131/75, p=0/001$ معنادار بود.

در ادامه، نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر زیرمولفه های فعال سازی ($\eta^2=0/41$)،
 $\eta^2=0/60$ ، اجتناب/نشخوارگری ($F_{(1, 29)}=20/48, p=0/001$)،
 $\eta^2=0/85$ ، اکت تحصیلی/شغلی ($F_{(1, 29)}=43/45, p=0/001$)،
 $\eta^2=0/67$ ، و آسیب اجتماعی ($F_{(1, 29)}=182/92, p=0/001$)
 $F_{(1, 29)}=83/21, p=0/001$ در مرحله پس آزمون و پیگیری
 معنا دار بود. با مشاهده میانگین ها در مرحله پیگیری در
 گروه آزمایش ملاحظه می شود که اثرمداخله ماندگار بوده
 است (جدول ۴). براساس میزان ضریب ایتای به دست
 آمده در تفاوت های بین گروهی می توان چنین عنوان
 کرد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به
 ترتیب ۰/۴۱، ۰/۶۰، ۰/۸۵ و ۰/۶۷ از تغییرات واریانس متغیرهای
 فعال سازی، اجتناب/نشخوارگری، اکت تحصیلی/شغلی و
 آسیب اجتماعی در مرحله پس آزمون را در زنان دارای اختلال
 افسردگی نامعین را تبیین می کنند.

در ادامه یافته های توصیفی راهبردهای تنظیم شناختی
 هیجان در مراحل مختلف پژوهش براساس میانگین و
 انحراف معیار به تفکیک گروه در (جدول ۵) گزارش شده
 است.

نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موخلی برقراری
 شرط کرویت ماتریس واریانس کواریانس برای داده های
 مطالعه حاضر را تأیید کرد ($P>0/05$). نتایج به دست آمده
 حاکی از برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس
 آمیخته برای تحلیل یافته ها بوده است. پس از اطمینان از
 رعایت مفروضه های تحلیل واریانس آمیخته، نتایج آزمون
 چند متغیری، اثربیایی حاکی از تفاوت بین گروه ها حداقل
 در یکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان و تعامل زمان و
 گروه بود ($F=50/68, p<0/001$). بدین معنی که از مرحله
 پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در
 گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در یکی از
 متغیر یر مولفه های فعال سازی نسبت به گروه گواه
 تفاوت های معنی داری وجود دارد. در ادامه جهت اطلاع دقیق
 از تفاوت های دو گروه در مؤلفه های فعال سازی رفتاری از
 آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که
 اثر عامل زمان بر زیرمولفه های فعال سازی ($\eta^2=0/69$)،
 $\eta^2=0/70$ ، اجتناب/نشخوارگری ($F_{(1, 29)}=68/03, p=0/001$)،
 $\eta^2=0/82$ ، اکت تحصیلی/شغلی ($F_{(1, 29)}=70/05, p=0/001$)،
 $\eta^2=0/83$ ، و آسیب اجتماعی ($F_{(1, 29)}=139/75, p=0/001$)
 $F_{(1, 29)}=152/47, p=0/001$ معنادار بوده است. همچنین
 نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در تعامل زمان
 و گروه نیز برای زیرمولفه های فعال سازی ($\eta^2=0/72$)

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه

گروه متغیر	آزمایش											
	پیش آزمون						پس آزمون					
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
ملاطت خویشتن	۲/۳۹	۱۰/۱۰	۱/۹۷	۹/۲۰	۲/۳۷	۱۰/۴۴	۱/۸۴	۴/۰۶	۲/۸۸	۵/۶۹	۲/۸۹	۱۰/۵۶
پذیرش	۱/۹۹	۴/۸۸	۲/۱۶	۹/۱۳	۱/۹۳	۹/۵۰	۲/۱۸	۸/۹۴	۱/۹۵	۱۶/۹۴	۲/۶۶	۹/۶۲
نشخوارگری	۲/۳۳	۱۰/۳۷	۱/۸۵	۹/۶۹	۲/۲۱	۱۰/۳۱	۱/۹۹	۴/۸۸	۲/۷۲	۵/۱۹	۳/۰۵	۱۱/۵۰
تمرکز مجدد مثبت	۲/۵۳	۱۰/۳۷	۲/۰۷	۱۰/۸۱	۲/۳۱	۱۰/۳۸	۳/۵۱	۱۲/۴۴	۲/۵۵	۱۳/۰۰	۲/۵۰	۹/۸۸
تمرکز مجدد برنامه ریزی	۲/۳۸	۹/۷۵	۲/۰۸	۱۶/۸۸	۲/۲۵	۱۰/۵۰	۲/۷۸	۱۲/۴۴	۱/۸۷	۹/۹۴	۲/۳۰	۱۰/۱۳
ارزیابی مجدد مثبت	۱/۸۳	۱۰/۱۹	۲/۷۲	۱۱/۰۶	۲/۲۲	۹/۵۶	۲/۰۷	۱۷/۳۱	۱/۸۸	۱۰/۹۴	۲/۴۶	۹/۱۳
دیدگاه گیری	۱/۵۸	۴/۶۳	۲/۲۳	۱۰/۳۷	۲/۹۷	۹/۸۱	۱/۹۱	۹/۷۵	۲/۷۲	۱۱/۰۶	۲/۴۷	۹/۲۳
فاجعه سازی	۲/۰۵	۱۰/۱۲	۱/۸۹	۹/۸۷	۲/۸۲	۱۰/۵۰	۱/۵۸	۴/۶۳	۱/۷۲	۴/۸۸	۲/۷۷	۱۰/۷۵
ملاطت دیگران	۱/۹۲	۹/۳۱	۱/۸۴	۸/۶۹	۲/۷۰	۱۰/۳۸	۱/۵۳	۳/۴۴	۱/۶۳	۳/۹۴	۲/۷۱	۱۰/۵۰

پذیرش ($F_{(1, 29)} = 8.0/67, p = 0.001, \eta^2 = 0.73$)، نشخوارگری ($F_{(1, 29)} = 59/52, p = 0.001, \eta^2 = 0.67$)، تمرکز مجدد مثبت ($F_{(1, 29)} = 7/60, p = 0.01, \eta^2 = 0.27$)، ریزی ($F_{(1, 29)} = 2.0/68, p = 0.001, \eta^2 = 0.40$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F_{(1, 29)} = 113/48, p = 0.001, \eta^2 = 0.79$)، دیدگاه گیری ($F_{(1, 29)} = 3/19, p = 0.05, \eta^2 = 0.09$)، فاجعه سازی ($F_{(1, 29)} = 58/67, p = 0.001, \eta^2 = 0.71$)، و ملالت دیگران ($F_{(1, 29)} = 75/11, p = 0.001$) معنادار بود.

در ادامه، نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر زیرمولفه های ملالت خویشتن ($\eta^2 = 0.40$)، $p = 0.001$ ، پذیرش ($F_{(1, 29)} = 19/87, p = 0.001$)، نشخوارگری ($F_{(1, 29)} = 214/40, p = 0.001, \eta^2 = 0.38$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F_{(1, 29)} = 67/09, p = 0.001, \eta^2 = 0.69$)، فاجعه سازی ($F_{(1, 29)} = 58/77, p = 0.001, \eta^2 = 0.73$)، و ملالت دیگران ($F_{(1, 29)} = 70/74, p = 0.001, \eta^2 = 0.74$)، در مرحله پس آزمون و پیگیری معنا دار بود. با مشاهده میانگین ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می شود که اثرمداخله ماندگار بوده است.

براساس میزان ضریب ایتای به دست آمده در تفاوت های بین گروهی می توان چنین بیان کرد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب ۰/۴۱، ۰/۶۰، ۰/۸۵ و ۰/۶۷ از تغییرات واریانس متغیرهای فعال سازی، اجتناب/نشخوارگری، افست تحصیلی/شغلی و آسیب اجتماعی در مرحله پس آزمون را در زنان دارای اختلال افسردگی نامعین راتبیین می کنند. از سوی دیگر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای تمرکز مجدد مثبت ($F_{(1, 29)} = 2/40, p = 0.13, \eta^2 = 0.07$)، ریزی ($F_{(1, 29)} = 4/89, p = 0.11, \eta^2 = 0.09$) و دیدگاه گیری ($F_{(1, 29)} = 0/76, p = 0.38, \eta^2 = 0.02$) تفاوتی بین دو گروه ایجاد نکرد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، فعال سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی انجام شد. یافته های به دست آمده حاکی از تاثیر معنادار مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر افزایش ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلابه اختلال افسردگی با علائم ناکافی بود. این یافته با نتایج

همان طور که در (جدول ۵) قابل مشاهده است، بین میانگین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت های وجود دارد، اما این که این تفاوتها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما مشخص نیست. از این رو جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته ابتدا از پیش فرض های نرمال بودن نمونه مورد نظر در متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ($P > 0.05$)، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون لون ($P > 0.05$)، اطمینان حاصل شد؛ افزون بر این، نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موخلی برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس کواریانس برای داده های مطالعه حاضر را تأیید کرد ($P > 0.05$). نتایج به دست آمده حاکی از برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته ها بود. پس از بررسی رعایت مفروضه های تحلیل واریانس آمیخته، نتایج آزمون چند متغیری، اثریلاایی حاکی از تفاوت بین گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان و تعامل زمان و گروه بود ($F = 22/79, p < 0.001$). بدین معنی که از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در یکی از متغیرهای وابسته نسبت به گروه گواه تفاوت های معنی داری وجود دارد. از این رو، جهت بررسی دقیق تفاوت های بین دو گروه در مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان بر زیرمولفه های ملالت خویشتن ($\eta^2 = 0.71, p = 0.001$)، پذیرش ($F_{(1, 29)} = 72/78, p = 0.001, \eta^2 = 0.67$)، نشخوارگری ($F_{(1, 29)} = 69/64, p = 0.001, \eta^2 = 0.70$)، تمرکز مجدد مثبت ($F_{(1, 29)} = 11/16, p = 0.001, \eta^2 = 0.27$)، تمرکز مجدد برنامه ریزی ($F_{(1, 29)} = 8/77, p = 0.001, \eta^2 = 0.22$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F_{(1, 29)} = 184/13, p = 0.001, \eta^2 = 0.83$)، دیدگاه گیری ($F_{(1, 29)} = 9/95, p = 0.01, \eta^2 = 0.14$)، فاجعه سازی ($F_{(1, 29)} = 81/44, p = 0.001, \eta^2 = 0.83$) و ملالت دیگران ($F_{(1, 29)} = 165/03, p = 0.001, \eta^2 = 0.84$) معنادار بوده است. همچنین نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در تعامل زمان و گروه نیز برای زیرمولفه های ملالت خویشتن ($F_{(1, 29)} = 45/69, p = 0.001, \eta^2 = 0.60$)،

مرضیه شالیکاری و همکاران

شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده از جمله محمدی و همکاران (۳۲)، McIndoo و همکاران (۴۰) و پرهون و همکاران (۴۱) تقریباً همسو است. در این راستا نتایج پژوهش مکیندو و همکاران حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش فعال‌سازی رفتاری در دانشجویان مبتلا به افسردگی بود. همچنین پژوهش پرهون و همکاران نیز حاکی از اثربخشی مداخله شناختی رفتاری در افزایش فعال‌سازی رفتاری بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بود.

در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که فرایند ذهن آگاهی و تمرین تمرکز موجب افزایش ظرفیت‌های درونی از جمله تحمل کردن، انتظار کشیدن و صبر کردن در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود، به طوری که ذهن آگاهی در افراد موجب کاهش نگرش منفی می‌گردد که این مساله می‌تواند منجر به کاهش نگرانی شود. همچنین، تمرینات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب تحریک محرک‌های خوشایند در ذهن فرد می‌گردد که این تحریکات به سمت جذب پاداش و حذف تنبیه در فرد می‌انجامد و فعالیت فرد را برای رسیدن به شرایط مطلوب سوق می‌دهد. همچنین فرد را از موقعیت‌های خطر آفرین و دارای محرک منفی بازمی‌دارد. از سوی دیگر، این تمرینات در فرد با واکنش‌پذیری سیستم عصبی خودمختار همراه می‌گردد و فرد همواره فعال در جریان‌ات روزمره خود قرار می‌گیرد و کسالت و کم‌کاری را کنار می‌گذارد و برای بهتر شدن شرایط و رسیدن به‌جایی که خوشایند اوست تلاش بسیاری می‌کند. افزون بر این، تمرینات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب زود‌انگیختگی فرد جهت رسیدن به اهداف با به وجود آوردن انگیزش برون‌گرایی و جستجوی احساسی در فرد همراه می‌گردد و این افراد بسیار شاد و امیدوار به زندگی و آینده می‌شوند. درواقع، مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تاکید بر تغییر در محتوای شناختی و هیجانی بیماران دارای افسردگی خفیف و ارائه راهکارهای عملی در جهت کاهش تنش و مقابله با مشکلات پیشرو با کاهش مشکلات روان شناختی این افراد آن‌ها را ترغیب کرده که در فعالیت‌های زندگی نقش فعال تری داشته و اداره امور زندگی خود را در دست بگیرند که این مساله در عمل با کاهش مشکلات روان شناختی این افراد منجر به ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت روان آن‌ها شده است.

پژوهش انجام شده در این حوزه از جمله Li و همکاران (۳۶)، Lopez-Navarro و همکاران (۳۷)، قدس پور و همکاران (۳۸)، سامخانیان و همکاران (۸) و خوش خطی و همکاران (۳۹) که اثربخشی این مداخله را در بیماران مبتلا به HIV، ام اس و بیماران کلیوی نشان داده اند هم خوان است. به عنوان نمونه سامخانیان و همکاران (۸) در پژوهشی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش تنهایی بیماران مبتلا به HIV را نشان داده اند. همچنین نتایج پژوهش قدس پور و همکاران (۳۸) و خوش خطی و همکاران (۳۹) حاکی از اثربخشی این مداخله بر افزایش کیفیت زندگی بیماران دارای ام اس و کاهش مشکلات روان شناختی بیماران دارای مشکلات کلیوی بود. در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی به دلیل بیماری‌شان دچار تنش در کیفیت زندگی‌شان شده اند. براساس یافته‌های به دست آمده می‌توان عنوان کرد که راهکارهایی که بیماران از تمرینات MBCT از قبیل کنترل تنفس و کسب آرامش و برنامه‌های افزایش تمرکز و تأمل بر رخدادهای روزمره کسب کردند، که نتیجه آن بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی آنها بود. با توجه به این که در مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کنندگان را به تجربیات در لحظه و زمان حال، توجه به حس‌های بدنی، افکار و احساس‌ها و کسب آگاهی و هوشیاری نسبت به محیط اطراف ترغیب می‌کند در طی این مداخله در افراد این نگرش را ایجاد می‌کند که قضاوت را کنار گذاشته و به پذیرش فعال و بدون پیش داوری مسائل دست پیدا کنند. این مساله باعث آگاهی نسبت به ادراک، شناخت و هیجان بدون ارزیابی یا قضاوت آن‌ها منجر خواهد شد. از سوی دیگر این روش مداخله‌ای، با ترکیب مهارت‌های ذهن آگاهی با شناختی این فرصت را در اختیار افراد قرار می‌دهد که بدون قضاوت و پیش داوری نظاره‌گر افکار خود بوده و در دام تله افکار منفی قرار نگیرد که پیامد آن شکل‌گیری یک دیدگاه نو و رشد افکار و هیجان‌های مثبت و خوشایند در افراد است که این جریان جدید به صورت عملی در کیفیت زندگی و سلامت روان آن‌ها نمود پیدا می‌کند.

همچنین، با توجه به یافته‌های به دست آمده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش فعال‌سازی رفتاری در زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی

همچنین با توجه به یافته های به دست آمده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیرات مثبت و پایداری بر راهبردهای مالالت خویشتن، پذیرش، نشخوارگری، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی و مالالت دیگران، در مراحل پس آزمون و پیگیری در زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی داشت. این یافته با نتایج پژوهش های پیشین از جمله Van der velden و همکاران (۴۲)، Tabak و همکاران (۴۳)، Short و همکاران (۴۴)، Yang و همکاران (۴۵)، پرهون و همکاران (۲۵) و رضوی زاده و همکاران (۴۶) تقریباً همسو است.

در تبیین این یافته می توان چنین عنوان کرد که شواهد پژوهشی حاکی از آن است که ذهن آگاهی پاسخ های هیجانی بیماران افسرده را با اصلاح فرایندهای شناختی و عاطفی تغییر می دهد و باعث نمرات پایین تر در مشکلات نظم جویی شناختی هیجان، ترس و اجتناب از هیجان ها می شود. افزون بر این، تمرین های ذهن آگاهی به بیماران افسرده کمک می کند تا از افکار خود آیند، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این روی می توانند نقش مهمی در تنظیم شناختی هیجان ایفا کنند (۴۷). تمرین های MBCT با قانع سازی افراد به انجام تمرین های تمرکز مکرر به محرک های خنثی و هوشیاری درونی نسبت به بدن و ذهن از آن ها در مقابل اشتغال ها و نشخوارهای ذهنی و هیجانات منفی مراقبت می کند. از این روی این تمرین ها باعث کاهش هیجانات منفی می شود (۴۸). ازسوی دیگر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه ریزی، و دیدگاه گیری، تفاوتی بین دو گروه ایجاد نکرد.

به نظر می رسد تمرین های ذهن آگاهی از طریق افزایش خلق مثبت مهارت های نظم جویی شناختی هیجان را بهبود می بخشد و با افزایش توجه، هوشیاری و پذیرش هیجاناتی که به فرد عارض می شوند راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیمار افسرده را تعدیل می کند (۴۹). همچنین، این تمرینات جلوی تقویت اجتناب هیجانی پیشین را می گیرد؛ و تمرینات ذهن آگاهی بافتی را برای بیماران فراهم می کنند که در آن می توانند ارتباط های جدید منفی کمتری را نسبت به تجربه هیجان ها پرورش دهند و ارتباطات منفی بازدارنده ی قدیمی را خاموش کنند (۴۷).

در مجموع می توان چنین بیان کرد که مداخله شناخت

درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از جنبه های مختلف باعث کاهش راهبردهای منفی و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افسردگی خفیف شده است. با توجه به مشکلاتی که در بیماران دارای افسردگی خفیف وجود دارد به مرور زمان تغییراتی در عملکردهای فردی، اجتماعی آن ها ایجاد خواهد شد و این دور باطل منجر به بروز مشکلات دیگر در آن ها خواهد شد که این سلسله مراتب به عنوان عامل تشدید کننده بیماری در این افراد خواهد بود. ذهن آگاهی با استفاده از راهبردهای مثبت از طریق تنظیم هیجانی با کاهش سلسله افکار منفی روش های متفاوتی جهت روبرو شدن با هیجان های منفی و پریشانی در این افراد ایجاد و در عمل به بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در آن ها منجر شد.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدود بودن تعداد نمونه، اجرای پژوهش فقط در یک شهرستان، نداشتن مرحله پیگیری طولانی مدت و گردآوری داده ها، تنها براساس ابزارهای خود گزارشی اشاره کرد. با توجه به یافته های به دست آمده پیشنهاد می گردد کلینیک ها، مراکز درمانی و مشاوره ای و حتی بیمارستان ها یک برنامه مدون برای بیماران در معرض افسردگی در نظر بگیرد تا با آموزش مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی در میان این بیماران موجب تنظیم عواطف و هیجان های افراطی گردند و بتوانند از میزان افسردگی آنان بکاهند. همچنین افزون بر، تهیه مکان هایی برای تمرینات مدیتیشن و تمرکز و تنظیم تنفس، روان شناسانی مسلط به این برنامه ها را استخدام کنند تا در این تمرینات به صورت گسترده تر در محلات و حتی محل کار افراد انجام گردد. می توان پیشنهاد کرد که درمان گران در برخورد با بیماران افسرده به جنبه های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که بر تحریک رفتارهای مثبت و خوشایند پرداخته می شود توجه ویژه ای داشته باشند؛ چراکه با تقویت این رفتارها علاوه بر کاهش افسردگی، فرد به نیروی فعال در جامعه تبدیل می شود تا افزون بر رسیدن به اهداف خوشایند برای خود، جامعه را نیز به سمت اهداف مثبت سوق می دهد. پیشنهاد می گردد انجام پژوهش مشابه پژوهش حاضر بر روی بیماران ساکن شهرهای دیگر نیز انجام شود.

نتیجه گیری

یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر حاکی از تاثیر

بر خود واجب می دانیم که از همکاری و همگامی صمیمانه تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر و نیز از زحمات مدیران و کارکنان کلینیک های روان درمانی شهرستان بابلسر نهایت سپاس و قدردانی را به عمل آوریم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر اعلام می کنند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این پژوهش وجود ندارد.

معنادار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، فعال سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی بود. از این رو، سازوکار اثربخشی این مداخله می تواند در جهت کاهش مشکلات پیشرو این بیماران موثر و به تیم سلامت روان آنها کمک کند تا با به کارگیری مداخله های روان درمانی کارآمد مانع از تبدیل این بیماری به اختلال افسردگی اساسی شوند.

سپاسگزاری

References

1. Poppelaars M, Tak YR, Lichtwarck-Aschoff A, Engels RC, Lobel A, Merry SN, et al. A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour research and therapy*. 2016; 80: 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.005>
2. Van Zoonen K, Kleiboer A, Beekman AT, Smit JH, Boerema AM, Cuijpers P. Reasons and determinants of help-seeking in people with a subclinical depression. *Journal of affective disorders*. 2015; 173: 105-12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.062>
3. Association A. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub. 2013.
4. Dedovic K, Giebl S, Duchesne A, Lue SD, Andrews J, Efanov S, et al. Psychological, endocrine, and neural correlates of attentional bias in subclinical depression. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016;29(5):479-96. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1101457>
5. Hofmann SG, Curtiss J, Carpenter JK, Kind S. Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*. 2017;46(4):265-86. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1304445>
6. Cho Y, Lee JK, Kim DH, Park JH, Choi M, Kim HJ, et al. Factors associated with quality of life in patients with depression: A nationwide population-based study. *PloS one*. 2019;14(7):e0219455. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219455>
7. Jobson L, Mirabolfathi V, Moshirpanahi S, Parhoon H, Gillard J, Mukhtar F, et al. Investigating Emotion in Malay, Australian and Iranian Individuals with and without Depression. *Scientific Reports*. 2019;9(1):18344. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-54775-x>
8. Samhkanian E, Mahdavi A, Mohamadpour S, Rahmani S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and loneliness of women with HIV. *J Med Life*. 2015;8 (Spec Iss 4):107-13.
9. Kulzer B, Schmitt A, Reimer A, Ehrmann D, Haak T, Hermanns N. Treatment of subclinical depression with a CBT program (DIAMOS): Results of a prospective randomized, controlled study 2014.
10. Manos RC, Kanter JW, Busch AM. A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(5):547-61. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.008>
11. Shudo Y, Yamamoto T. Assessing the relationship between quality of life and behavioral activation using the Japanese Behavioral Activation for Depression Scale-Short Form. *PloS one*. 2017;12(9):e0185221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185221>
12. Wagener A, Van der Linden M, Blairy S. Psychometric properties of the French translation of the Behavioral Activation for Depression Scale-Short Form (BADS-SF) in non-clinical adults. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;56:252-7. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.10.008>
13. Farb NAS, Anderson AK, Irving JA, Segal ZV. Mindfulness interventions and emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2014. p. 548-67.
14. Donofry SD, Roecklein KA, Wildes JE, Miller MA, Erickson KI. Alterations in emotion generation and regulation neurocircuitry in depression and eating disorders: A comparative review of structural and function-

- al neuroimaging studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2016;68:911-27. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.011>
15. Visted E, Vøllestad J, Nielsen MB, Schanche E. Emotion Regulation in Current and Remitted Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*. 2018;9(756). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
 16. Joormann J, Stanton CH. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour research and therapy*. 2016;86:35-49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
 17. Ehret AM, Joormann J, Berking M. Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition & emotion*. 2015;29(8):1496-504. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.992394>
 18. Halvorsen M, Hagen R, Hjemdal O, Eriksen MS, Sørli ÅJ, Waterloo K, et al. Metacognitions and Thought Control Strategies in Unipolar Major Depression: A Comparison of Currently Depressed, Previously Depressed, and Never-Depressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*. 2015;39(1):31-40. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9638-4>
 19. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(6):539-44. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
 20. Fjorback LO, Arendt M, Ornbol E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr*. 2011; 124. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x>
 21. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchione GL, Hunink MG. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloS one*. 2015;10(4):e0124344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124344>
 22. Tomasino B, Fregona S, Skrap M, Fabbro F. Meditation-related activations are modulated by the practices needed to obtain it and by the expertise: an ALE meta-analysis study. *Frontiers in human neuroscience*. 2012;6:346. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00346>
 23. Fox KC, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, et al. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2014;43:48-73. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.016>
 24. Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*. 2015;16(4):213-25. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
 25. Parhoon H, Masomzadeh K, Moradi A, Parhoon K, Mirmotahari M. Effectiveness of mindfulness-based Stress reduction (MBSR) on anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in patients with HIV/ AIDS. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2016;10(2):81-6.
 26. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(4):615-23. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
 27. Gao Y, Shi L. Mindfulness, Physical Activity and Avoidance of Secondhand Smoke: A Study of College Students in Shanghai. *International journal of environmental research and public health*. 2015;12:10106-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph120810106>
 28. Vago D, David S. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in human neuroscience*. 2012;6(296). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
 29. Beck AT, Steer RA, Brown G. BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual. San Antonio, Tex: Psychological Corp; 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
 30. Hamzhepour Haghighi T. The effects of cognitive behavioral group therapy on pain perception, perception of the disease and quality of life of patients with rheumatoid artryd [Dissertation]. Sari Islamic Azad University 2015.
 31. Kanter J, Mulick P, Busch A, Berlin K, Martell C. The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2007;29:191-202. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9038-5>
 32. Mohammadi A, Amiri M. Behavioral Activation for Depression Scale: Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis for Persian Version. *ijpcp*. 2010;16(1):65-73.
 33. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study

- of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(8):1659-69. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
34. Hasani J. The assessment of reliability and validity of the short form of cognitive emotion regulation questionnaire. *Behavior science researches*. 2010;9(4):229-40.
 35. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living*. New York: Delta Publishing; 1990.
 36. Li J, Long L, Liu Y, He W, Li M. Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. *Behaviour research and therapy*. 2015;77. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.010>
 37. López-Navarro E, Canto C, Belber M, Mayol A, Alonso O, Lluís J, et al. Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. *Schizophrenia Research*. 2015;168. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.016>
 38. Ghodspour Z, Najafi M, Rahimian Boogar I. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Aspects of Quality of Life, Depression, Anxiety, and Stress Among Patients With Multiple Sclerosis. *PCP*. 2018;6(4):215-22. <https://doi.org/10.32598/jpcp.6.4.215>
 39. Khoshkhatti N, Amiri majd M, Bazzazian S, Yazdinezhad A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptoms of Anxiety, Depression and Stress in Renal Patients under Hemodialysis. *IJNR*. 2020;14(6):9-17.
 40. McIndoo CC, File AA, Preddy T, Clark CG, Hopko DR. Mindfulness-based therapy and behavioral activation: A randomized controlled trial with depressed college students. *Behaviour research and therapy*. 2016;77:118-28. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.012>
 41. parhoon H, moradi A, hatami M, parhoon k. Comparison of the Brief Behavioral Activation Treatment and Meta-cognitive Therapy in the Reduction of the Symptoms and in the Improvement of the Quality of Life in the Major Depressed Patients. *rph*. 2013;6(4):36-52.
 42. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Palleen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev*. 2015;37:26-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>
 43. Tabak NT, Horan WP, Green MF. Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia Research*. 2015;168(1):537-42. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.030>
 44. Short MM, Mazmanian D, Oinonen K, Mushquash CJ. Executive function and self-regulation mediate dispositional mindfulness and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2016;93:97-103. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.007>
 45. Yang Y, Liu Y-H, Zhang H-F, Liu J-Y. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. 2015;2(3):283-94. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.07.003>
 46. Razavizadeh Tabadkan BBZ, Jajarmi M, Vakili Y. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Ruminative Thoughts, Perceived Stress and Difficulties in Emotion Regulation of Women With Type 2 Diabetes. *ijpcp*. 2019;24(4):370-83. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.4.370>
 47. Naderi Y, Hadi P, Hassani J, Sanaei H. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy (MBSR) on cognitive emotion regulation strategies and anxiety and depression rate in Patients with major depressive disorder. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2015;9(35):17-26.
 48. Yousefi E, Khosravi E, Heyari F, Ghiasvand M, Nayebpour S. The Effectiveness of the Intervention of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on Reducing Irrational Beliefs, Cognitive Emotion Regulation, Coping Styles in Patients with Tension Headaches and Migraines in Najaf Abad Township. *International journal of humanities and social sciences*. 2016:1967-77.
 49. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res*. 2011;191(1):36-43. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>