

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان

نویسندگان: حسن آذرگون^{۱*}، دکتر محمدباقر کجاف^۲، دکتر حسین مولوی^۳ و
دکتر محمدرضا عابدی^۴

۱. دستیار علمی دانشگاه پیام نور سرولایت
۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان
۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان
۴. استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

*E-mail: Azargoon_h@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و نشخوارفکری بود. فرایند آموزش ذهن آگاهی براساس نظریه‌های شناختی تیزدیل بنا شده است. به این منظور ۳۶ بیمار مبتلا به افسردگی (۱۲ مرد و ۲۴ زن) به طور تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. کلیه بیماران پیش از آغاز درمان و پس از آن، دو پرسشنامه افسردگی بک و نشخوارفکری را پر کردند. آموزش به صورت گروهی در ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه دو ساعته) بر روی گروه آزمایش انجام گردید. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از اثربخشی روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بود؛ به طوری که در نمرات حاصل از پرسشنامه‌های افسردگی و نشخوار فکری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/01$). همچنین مشاهدات کیفی نشان داد روش مذکور در بالا بردن تمرکز و همچنین پیشگیری از افسردگی مؤثر است.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی، نشخوارفکری، افسردگی، دانشجویان اصفهان

دانشور

رفتار

- دریافت مقاله: ۸۶/۵/۵
- ارسال به داوران:
۱) ۸۶/۵/۱۵
۲) ۸۶/۵/۱۵
۳) ۸۶/۵/۱۵
- دریافت نظر داوران:
۱) ۸۶/۷/۹
۲) ۸۶/۶/۱۸
۳) ۸۶/۷/۱
- ارسال برای اصلاحات:
۱) ۸۶/۷/۱۵
۲) ۸۶/۸/۲۲
- دریافت اصلاحات:
۱) ۸۶/۷/۲۳
۲) ۸۶/۹/۱۰
- ارسال به داور نهایی:
۱) ۸۶/۸/۸
۲) ۸۶/۸/۱۷
- دریافت نظر داور نهایی:
۱) ۸۶/۸/۲۱
۲) ۸۶/۱۲/۲۵
- پذیرش مقاله: ۸۷/۱/۲۵

Scientific-Research
Journal of
Shahed University
Sixteenth Year
No. 34
2009

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم - دوره جدید
شماره ۳۴
اردیبهشت ۱۳۸۸

مقدمه

رنج می‌برند. افسردگی همچنان به عنوان یک مسأله بحث برانگیز در بهداشت روانی مورد توجه است، به گونه‌ای که هنوز تحقیقات زیادی پیرامون آن انجام می‌شود [۱].

افسردگی به قدری شایع است که سرماخوردگی روان‌پزشکی لقب گرفته است. چنان‌که ۲۰-۱۵ درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی

شکل‌گیری سبک نشخوار فکری معرفی کرده‌اند. معمولاً جوانان و بزرگسالان افسرده تحت تربیت والدین مزاحم، بیش کنترل‌کننده، دیکتاتور و طردکننده بوده‌اند [۹].

بر طبق نظر بک موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده مربوط به شکست‌ها و باخت‌های گذشته است. این افکار باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می‌شود [۱۰]. با کشف ارتباط بین خلق و افکار منفی می‌توان به درمان افسردگی پرداخت و از بازگشت مجدد آن پیشگیری کرد. در سال ۱۹۹۲ تیزدیل و ویلیامز از دانشگاه ولز و سگال از تورنتو، رویکرد جدیدی به منظور درمان، پیشگیری و جلوگیری از بازگشت افسردگی تبیین کردند که براساس آن، بین شناخت، هیجان و ذهن موقعیتی ارتباط وجود داشته، در نتیجه، یک رویکرد شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه گردید [۱۱].

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی‌های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند است [۱۲].

ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص هدفمند در زمان حال و خالی از قضاوت است [۱۳]. تعاریف بالینی از ذهن‌آگاهی در اکثر موارد شبیه به تعریف بودایی آن است؛ زیرا این تعاریف با مفهوم‌سازی بودا همسو است [۱۴]. ذهن‌آگاهی در آیین بودا تحت عنوان توجه محض یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است. ذهن‌آگاهی به فرایند توجه مداوم تمرکز دارد تا محتوایی که بدان توجه می‌شود [۱۵]. کابات زین تعریف خود از ذهن‌آگاهی را به صورت مفهوم‌سازی کیفی ارتقا بخشید و نشان داد که چگونه یک فرد از سلامت خود در فرایند ذهن‌آگاهی مراقبت کند [۱۶]. شاپیرو و همکارانش (۱۹۹۸) با افزودن ۵ کیفیت به ۷ کیفیت مطرح‌شده از سوی کابات زین، مجموع آن‌ها را به ۱۲ کیفیت رسانیدند. این کیفیت‌ها عبارتند از: غیر قضاوتی، پذیرش، صبر، اعتماد، بازبودن، رهاسازی، آرامی، سخاوت، همدلی، سپاسگزاری، مهربانی عاشقانه، و ملایمت [۱۷].

براساس آمارهای مختلف، شیوع افسردگی در زنان ۳۰/۵٪ و در مردان ۱۶/۷٪ است [۲]. مطالعه امینی در مورد گروه‌های دانشجویی دانشگاه لرستان، نشان داد حدود ۷۸ درصد از دانشجویان از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند [۳].

در حالت‌های افسردگی ضعیف یا شدید فرد به نشخوار فکری درباره موضوعات منفی می‌پردازد. نشخوار فکری، واژه عمومی است و به افکاری اشاره دارد که تکراری، چرخان، خود متمرکز و افسرده‌کننده‌اند، به طوری که نقش اساسی در افسردگی دارند [۴]. نشخوار فکری بیانگر افکاری است که تمایل به تکرار داشته، آگاهانه بوده و پیرامون یک موضوع متمرکز هستند و حتی در صورت غیبت محرک‌های محیطی فوری و ضروری این افکار باز هم پدیدار می‌شوند [۵]. واتکینز و همکارانش (۲۰۰۵) نشخوارفکری را افکار مربوط به احساس غم می‌دانند و از آن تحت عنوان نشخوار فکری غم یاد می‌کنند [۶].

پاپا جورجیو و ولز در سال ۲۰۰۱ در مطالعه‌ای نشان دادند که افکار خودآیند منفی، ارزیابی‌های کوتاه و مختصری از شکست‌ها در بیماران افسرده‌اند، در حالی که نشخوار فکری، زنجیره‌ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خود متمرکز و پاسخی به افکار منفی اولیه است. نشخوار فکری، بهبودی افسردگی اساسی را در درمان‌های رفتاری شناختی به تأخیر می‌اندازد [۷]. خلق منفی نتیجه نشخوار فکری ملال‌آور است و این امر در پژوهش‌های گسترده ثابت شده است [۸]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پاسخ نشخواری فکری به تجربه ملال‌آور، دوره‌های خلق افسرده را طولانی‌تر و شدیدتر می‌کند. همچنین نشخوار، تفکر افراد را به طور منفی جهت‌دار کرده، این افراد نسبت به بقیه از توان حل مسأله ضعیف‌تری برخوردارند [۷].

معمولاً نشخوار فکری سازوکارهایی را ایجاد می‌کند که به عوامل خطرناک متفاوت برای افسردگی تبدیل می‌شود و در واقع به بیش‌تر شدن فشارها و کم شدن حمایت اجتماعی و خوش‌بینی و روان‌رنجوری بیش‌تر منجر می‌گردد [۹].

نالن و هاک سما عوامل نشخوار فکری را در والدین بیش کنترل‌کننده، وجود سابقه آزار جنسی، هیجانی و جسمی از دوران کودکی به عنوان عوامل معنادار در

با هدف تعیین اثر شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based Cognitive Therapy) MBCT در کاهش افسردگی و نشخوار فکری انجام شده است.

روش

نوع تحقیق

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است، که با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل اجرا شده است.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش عبارتست از دانشجویانی که بخاطر داشتن علائم افسردگی به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان مراجعه کردند. برای انتخاب اعضای گروه تعداد ۷۰ نفر از مراجعینی که در مرکز مشاوره دانشگاه پرونده داشته‌اند انتخاب شدند و سپس با استفاده از پرسشنامه بک و مصاحبه بالینی ۴۶ نفر به طور تصادفی انتخاب و در نهایت این افراد را به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شد. میانگین سنی آزمودنی‌ها (۲۳/۵) سال بوده است.

ابزار سنجش

اطلاعات از طریق ۳ پرسشنامه به شرح زیر جمع‌آوری شد:

پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک یکی از شناخته‌ترین آزمون‌های سنجش افسردگی است که توسط روان‌پزشک مشهور (آرون تی. بک ۱۹۶۱) تدوین شده است. این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌کنند. نمره کلی هر فرد در پرسشنامه سنجش افسردگی بک، با حجم نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید. اعتبار و پایایی پرسشنامه بک مکرراً مورد بررسی قرار گرفته که نتایج آن در سطح بالایی گزارش شده است. بک و همکارانش در ۱۹۸۸ ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از (۰/۷۳) تا (۰/۸۶) و ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس MMPI، (۰/۷۴) گزارش کرده‌اند. مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شده، روایی و پایایی این آزمون را در جمعیت سالم و بالینی نشان داده است [۲۴].

توجه ذهن‌آگاهی، توجه کردن دقیق و لحظه به لحظه به آنچه که فرد هم‌اکنون در حال تعبیر آن و تفکیک واکنش‌های خود از رخدادهای حسی خام است [۱۸]. کابات زین در ۱۹۹۰ ذهن‌آگاهی را به عنوان آگاهی قضاوتی لحظه به لحظه تعریف می‌کند او در سال ۱۹۹۴ توجه کردن به اهداف در حال حاضر به شیوه خاص و به صورت غیر قضاوتی را ذهن‌آگاهی می‌داند و در سال ۲۰۰۳ تعریف خود را کامل‌تر کرده و ذهن‌آگاهی را نوعی از آگاهی می‌داند که از طریق توجه به اهداف واقعی و بودن در زمان حال، بدون قضاوت راجع به تجربیات آشکار لحظه به لحظه پدیدار می‌گردد [۱۹].

هر چند هدف اصلی ذهن‌آگاهی آرامسازی نیست اما مشاهده غیرقضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود [۲۰]. مراقبه ذهن‌آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن می‌شود [۲۱].

همچنین دانشمندان زیادی نتایج مشابهی از تأثیر ذهن‌آگاهی بر اختلالات دیگر یافته‌اند، به طور مثال گرسپیون و همکاران به نتایجی در کاهش استرس ذهن‌آگاهی مدار و همچنین موفقیت‌هایی در زمینه درمانی نشانگان جسمی و روان افراد مبتلا به درد مزمن دست پیدا کرده‌اند [۲۲]. کارلسون و همکاران نیز به پیشرفت‌های قابل توجهی در کیفیت زندگی، نشانگان استرس و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات بعد از دریافت برنامه کاهش استرس ذهن‌آگاهی مدار دست یافتند [۲۳].

آنچه مردم را از لحاظ روانی در برابر افسردگی آسیب‌پذیری می‌کند قابلیت دسترسی آسان به افکار، خاطره‌ها و نگرش‌های منفی هنگامی که خلق پایین است و نشخوارهای فکری درباره افکار، خاطره‌ها و حس‌های بدنی، منفی است [۱۳]. ذهن‌آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست در حالی که بیش‌تر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته خود است [۱۳].

بنابراین با توجه به این‌که افراد افسرده اکثراً دارای نشخوارهای فکری و افکار خود آیند هستند پژوهش حاضر

پرسشنامه نشخوار فکری

پرسشنامه نشخوار فکری توسط یوسفی (۱۳۸۴) ساخته شد. این آزمون شامل ۳۹ سؤال چهار گزینه‌ای است که هر کدام از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌شود و نمره هر فرد با جمع این امتیازات به دست می‌آید. یوسفی به منظور بررسی پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه نشخوار فکری (۲۱۱ نفر) از دانشجویان دانشگاه اصفهان به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه نشخوار فکری افسرده ساز را اجرا کرد. اعتبار همزمان این آزمون از طریق اجرای آن با آزمون افسردگی بک و آزمون شادمانی آکسفورد محاسبه شد. اعتبار سازه از طریق تحلیل عاملی به روش واریماکس انجام شد، اعتبار افتراقی از طریق همسانی درونی اجرای آزمون روی گروه افسرده (بالینی) و گروه غیربالینی بررسی شد. همسانی درونی آزمون با استفاده از روش آلفای کراباخ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به دست آمد. ضریب اعتبار همزمان با آزمون بک (۰/۵۱) و با شادمانی آکسفورد (۰/۵۳) به دست آمد که هر دو از لحاظ آماری معنادار بودند. همچنین نتایج نشان داد که این پرسش نامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای کراباخ (۰/۹۲) برخوردار است [۲۵].

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

این پرسشنامه اساساً برای جمع آوری منظم (سیستماتیک) اطلاعات فردی آزمودنی‌ها تنظیم شد و شامل سن، جنس، تحصیلات، تأهل و سابقه بیماری جسمی و روانی بود.

روش اجرا

به منظور اجرای این پژوهش، پس از تعیین اهداف پژوهشی و تعریف جامعه آماری، با استفاده از روش، مداخله‌ای ذهن آگاهی (۴۶) نفر آزمودنی انتخاب شد و به صورت تصادفی در گروه‌های کنترل و آزمایش گمارده شدند و سپس بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه، پرسشنامه‌های افسردگی بک و نشخوار فکری به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و سپس جلسات آموزشی را برای گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه (هفته‌ای یکبار هر جلسه ۲ ساعت) برگزار گردید. مداخله ارائه شده در این پژوهش آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) است. در آموزش ذهن آگاهی بیماران افسرده یاد می‌گیرند که چگونه به طور متفاوت با افکار و احساسات منفی خود

رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکار متمرکز شوند. همچنین یاد می‌گیرند که افکار خودآیند، عادت‌ها، نشخوارهای فکری، افکارها و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، نسبت به آن‌ها آگاه شوند و در چشم انداز وسیع‌تری افکار و احساسات خود را ببینند [۱۱]. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه آموزش دریافت نکرده‌اند. در انتهای جلسه هشتم مجدداً پرسشنامه‌ها در بین دو گروه (آزمایش و کنترل) توزیع و اجرا شد.

شیوه تحلیل داده

در نهایت پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، تحلیل آماری مناسب با اهداف پژوهش صورت گرفت، بر این اساس عضویت گروهی و جنسیت متغیر مستقل در fix factor قرار گرفته و نمرات افسردگی و نشخوار فکری به عنوان متغیر وابسته در independent variated و نمرات (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)، متغیر کنترل داخل‌گزینه covariate قرار گرفته است.

اهداف جلسات

جلسه‌های اول تا چهارم: الف) یاد گرفتن پرداختن به توجه و انجام امور روزمره با توجه و تمرکز - ب) پی بردن به ذهن سرگردان - ج) کنترل ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن.

موضوع جلسه‌های پنجم تا هشتم: الف) آگاهی کامل نسبت به فکرها و احساس‌ها و پذیرفتن آن

ب) تغییر خلق و افکار - ج) هشیاری نسبت به نشانه‌های افسردگی - د) برنامه ریزی و انجام عمل خاصی محتوای کلی و اهداف درمانی مدنظر برای جلسه اول عبارتند از هدایت خودکار ذهن آگاهی زمانی شروع می‌شود که هدایت خودکار را شناسایی کرده و تعهدی در خود برای شناسایی آن و آگاه شدن از همه لحظه‌ها ایجاد کنیم، که این شامل تمرین هدف‌دار و تمرکز به نواحی مختلف بدن است. این اهداف برای جلسه دوم [مقابل با موانع و مشکلات] تمرکز بیش‌تر بر روی بدن، نشخوار فکری را بیش‌تر آشکار می‌کند. و این‌که چگونه افکار تمایل دارند که تمامی واکنش‌های روزمره را کنترل کنند. اهداف جلسه سوم (ذهن آگاهی بر روی تنفس) با آگاهی یافتن بیش‌تر از این‌که چگونه ذهن ممکن است اغلب پرمشغله و پراکنده باشد، تمرکز و آگاهی یافتن مخصوصاً نسبت به تنفس

تعادل در زندگی از طریق تمرین منظم ذهن آگاهی بیش تر می شود. تصمیم های مناسب می تواند توسط این اهداف با استدلال مناسب جهت مراقبت از خود تقویت شود.

نتایج

از مجموع ۲۳ نفر آزمودنی گروه آزمایش ۵ آزمودنی به دلیل مشارکت ناقص در جلسات درمانی و همچنین عدم تکمیل پرسشنامه های مرحله پس آزمون از تحلیل حذف شدند.

نتایج به دست آمده در این پژوهش در جدول های آماری دیده می شود. جدول شماره (۱) نشان می دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل با مقایسه پیش آزمون و پس آزمون وجود دارد. ولی از لحاظ جنسیت معنادار نبوده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل رابطه ۸۲ درصدی نمرات پیش آزمون افسردگی ($p < 0/01$) و براساس ضریب F محاسبه شده مشخص شده، که تفاوت معناداری بین میانگین برآورد شده نمرات افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($p = 0/001$). میزان تفاوت ها حاکی از آن است که دریافت ۸۳ درصد کواریانس نمرات پس آزمون ناشی از آموزش ذهن آگاهی است.

امکانی را جهت تمرکز و بصیرت بیش تر فراهم می کند. اهداف جلسه چهارم (در زمان حال بودن) ذهن زمانی که به بعضی چیزها بیش تر می پردازد و از چیزهای دیگر اجتناب می کند، بیش تر امکان پراکندگی و مشغولیت دارد. ذهن آگاهی در دستیابی به دیدگاهی گسترده و متفاوت با تجربه فرد کمک زیادی می کند. اهداف جلسه پنجم (پذیرش و وجود) ارتباط متفاوت شامل پذیرش تجربه به همان صورت که هست است بدون این که مورد قضاوت و ارزیابی قرار گرفته و یا سعی در تغییر آن داشته باشیم. همچنین نگرش نسبت به پذیرش بخش اصلی مراقبت شخصی از خود و فهم دقیق آن است اگر چه تغییر در مورد چیزهایی مورد نیاز است. اهداف جلسه ششم (افکار واقعی نیستند) خلق منفی و افکار منفی که به همراه آن می آیند توانایی ما در جهت ارتباطی متفاوت با تجربه را کاهش می دهد و این قضیه کاملاً روشن است که افکار ما واقعی نیستند. اهداف جلسه هفتم (چگونه میتوان به بهترین نحو از خود مراقبت کرد) کارهای به خصوصی وجود دارد که به هنگام افسردگی می توان انجام داد انجام تمرین تنفس در ابتدا سپس تصمیم گیری درباره این که چه کاری باید انجام دهد. اهداف جلسه هشتم (استفاده از مطالب آموخته شده جهت کنترل خلق در آینده) حفظ و نگهداری

جدول ۱: فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	جنسیت	پیش آزمون		پس آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین
آزمایشی	دختر	۱۲	۲۱/۰۸	۴/۷۳	۱۲	۸/۷۵
	پسر	۶	۲۱/۱۶	۵/۲۶	۶	۹/۸۳
	کل	۱۸	۲۱/۱۱	۴/۷۶	۱۸	۹/۱۱
کنترل	دختر	۱۲	۲۵/۳۳	۹/۱۶	۱۲	۲۶/۵
	پسر	۶	۲۴/۱۶	۵/۶	۶	۲۵/۵
	کل	۱۸	۲۴/۹۴	۷/۹۹	۱۸	۲۶/۱۶

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری (P)	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون افسردگی	۱۱۸۹/۱۷۸	۱	۱۱۸۹/۱۷	۱۴۲/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲۱	۱
عضویت گروهی	۱۳۴۹/۴۳۲	۱	۱۳۴۹/۴۳۲	۱۶۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳۹	۱
جنسیت	۲/۲۳۸	۱	۲/۲۳۸	۰/۲۶۸	۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷
تعامل گروه و جنسیت	۱/۸۳۲	۱	۱/۸۳۲	۰/۲۲۰	۰/۶۴	۰/۰۰۷	۰/۰۷۴

جدول ۳: فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمرات نشخوار فکری گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	جنسیت	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین
آزمایشی	دختر	دختر	۱۲	۵۹/۶۶	۱۲/۲۳	۱۲
	پسر	پسر	۶	۵۵/۵۰	۱۲/۹۱	۶
	کل	کل	۱۸	۵۸/۲۷	۱۲/۲۴	۱۸
کنترل	دختر	دختر	۱۲	۷۷/۵۰	۲۳/۶۶	۱۲
	پسر	پسر	۶	۷۲/۳۳	۱۱/۸۲	۶
	کل	کل	۱۸	۷۵/۷۷	۲۰/۲۴	۱۸

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که با کنترل رابطه ۶۲ درصدی نمرات پیش‌آزمون نشخوار فکری ($p < ۰/۰۱$) و براساس ضریب F محاسبه شده مشخص شد که تفاوت معناداری بین میانگین برآورد شده نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($P = ۰/۰۰۱$) میزان تفاوت‌ها حاکی از آن است که دریافت ۶۴ درصد کواریانس نمرات پس‌آزمون ناشی از آموزش ذهن آگاهی بوده است. توان آماری ۱۰۰ درصدی حاکی از دقت آماری و کفایت حجم نمونه این پژوهش است از سوی دیگر این نتایج حاکی از آن است که براساس ضریب F محاسبه شده تفاوت معناداری بین میانگین نمرات باقیمانده نشخوار فکری آزمودنی‌های مرد و زن وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد که اثر متقابل عضویت گروهی و جنسیت بر نمرات نشخوار فکری معنادار نیست؛ یعنی این گونه نیست که نمرات نشخوار فکری مردان و زنان در یک از گروه‌های پژوهشی تفاوت معناداری با نمرات مردان و زنان گروه‌های دیگر داشته باشد. میانگین نمرات باقیمانده نشخوار فکری آزمودنی‌ها براساس جنسیت و عضویت گروهی در جدول (۳) ارائه شده است.

توان آماری ۱۰۰ درصدی حاکی از دقت آماری و کفایت حجم نمونه این پژوهش است از سوی دیگر این نتایج حاکی از آن است که براساس ضریب F محاسبه شده تفاوت معناداری بین میانگین نمرات باقیمانده افسردگی آزمودنی‌های مرد و زن وجود ندارد همچنین نتایج نشان داد که اثر متقابل عضویت گروهی و جنسیت بر نمرات افسردگی معنادار نیست؛ یعنی این گونه نیست که نمرات افسردگی مردان و زنان در یک از گروه‌های پژوهشی تفاوت معناداری با نمرات مردان و زنان گروه دیگر داشته باشد. میانگین باقیمانده نمرات افسردگی آزمودنی‌ها براساس جنسیت و عضویت گروهی در جدول (۱) ارائه شده است.

میانگین‌ها و انحراف استاندارد‌های نشخوار فکری پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها در جدول (۳) ارائه شده است:

میانگین‌های پس‌آزمون تعدیل شده است، یعنی تأثیر پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون کنترل شده است. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی و جنسیت بر میزان نشخوار فکری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر نشخوار فکری آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون نشخوار فکری	۵۶۳۸/۶۷۸	۱	۵۶۳۸/۶۷۸	۵۱/۸۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۱
عضویت گروهی	۶۰۹۳/۷۰۷	۱	۶۰۹۳/۷۰۷	۵۶/۰۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۱
جنسیت	۱۸/۶۳۶	۱	۱۸/۶۳۶	۰/۱۷۲	۰/۶۸۲	۰/۰۰۶	۰/۰۶۹
تعامل گروه و جنسیت	۲۰۲/۲۱۴	۱	۲۰۲/۲۱۴	۱/۸۶۱	۰/۱۸۲	۰/۰۵۷	۰/۲۶۲

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی موثر بوده است نتایج مربوط به اثربخش بودن درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در افراد افسرده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش شلمن همسو است [۲۶]. شلمن با استفاده از روش ذهن‌آگاهی به درمان افراد افسرده پرداخت که در نهایت باعث کاهش چشمگیر افسردگی در این افراد شد. همچنین یافته‌های این پژوهش با آنچه در نظریه تیزدیل و همکاران بیان می‌شود هماهنگ است. طبق این نظریه: ذهن ما اغلب در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد تفسیر و استنباط می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. در افرادی که مستعد افسردگی‌اند ذهن، دائماً به سمت افکار ناراحتکننده و منفی است [۱۱] که این خود باعث تداوم بیش‌تر غم و افسردگی می‌شود. همچنین نتایج پژوهش حاضر با تحقیق روبینز (۲۰۰۲) همسویی دارد زیرا نشان می‌دهد که تعهد درمانی در درمان بیماران دارای اختلالات هیجانی مؤثر است [۲۷].

همچنین با توجه به نمرات پس‌آزمون نشخوارفکری فرضیه دوم پژوهشگر مبتنی بر اثر بخش بودن درمان ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری تأیید می‌شود. این نتایج با پژوهش پاتیکا و بودریک (۲۰۰۵) که در مورد ۱۷۷ دانشجو (۱۳۹ دختر و ۳۸ پسر) و در نهایت باعث کاهش ۷۰ درصدی نشخوارهای فکری این افراد شده بود همسویی دارد [۲۸]. در این خصوص تیزدیل و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌کنند: درمان شناختی باعث کاهش نگرش ناکارآمد از طریق تغییر در محتوای افکار افسرده می‌شود. ذهن‌آگاهی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد تأکید این روش بر این نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع آوری یا به آن پاسخ داده شود، بلکه تأکید این است که بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفی است که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیش‌تر صورت می‌گیرد [۱۱].

درمان ذهن‌آگاهی یکی از رویکردهای درمانی جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد [۱۱]. با این روش درمانی افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش بیماران آموزش می‌بینند تا چرخه نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله گیرند آموزش انعطاف‌پذیر روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوارفکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات، باعث کاهش افسردگی و نشخوارفکری می‌شود [۱۱].

یافته‌های تحقیق حاضر مبنی بر کاهش افسردگی با تحقیق کاردا کیوتو هماهنگی دارد زیرا براساس این دو پژوهش ذهن‌آگاهی موجب توقف چرخه تجارب منفی درونی همچون اضطراب مورد انتظار و یا نشخوارگری یک رویداد در گذشته می‌شود [۱۵]. همچنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش رامل و همکاران در ۲۰۰۴ مبنی بر کاهش افسردگی و نشخوار فکری هماهنگی دارد [۲۹]. زیرا ذهن‌آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد [۱۵].

یکی از برتری‌های روش به کار گرفته‌شده در این تحقیق گروهی برگزارشدن آن است. اهمیت راهبرد گروهی، آموزش ذهن‌آگاهی در پژوهش‌های تیزدیل و همکاران در سال ۲۰۰۰ و کابات زین در سال ۱۹۹۰ اشاره شده است [۱۱]، [۱۶]. البته برگزاری گروهی این روش بیش‌تر از روش‌های فردی مقرون به صرفه است، هم به لحاظ مادی و هم با توجه بر اثربخشی در واحد زمان. همچنین با توجه به محدودیت‌های درمان‌های روانی تخصصی ما این شیوه درمان می‌تواند مشکل‌گشا باشد.

با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و نشخوار فکری استفاده از این روش جهت کاهش افسردگی و نشخوار فکری به متخصصان و پیشنهاد می‌شود.

منابع

15. Cardaciotto, L. A. (2005) Assessing mindfulness: The develop of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance Doctoral dissertation. University of Drexel, USA
16. Kabat-Zin, J. (1990) Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. New York: Dell Publishing.
17. Shapiro S.L., Schwartz, G. E, & Bonner, G. (1998) The effects of mindfulness based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21,581-599
18. Astin, J. A. (1997) Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 97-106
19. Kabat-Zinn, J. (2003) Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness. New York: Hyperion.
20. Borkovec, T.D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9,76-80.
21. Davidson R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
22. Greeson, J. M., Brainard, G. C., Rosenzweig, S. (2001) Mindfulness based stress reduction quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
23. Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003) Mindfulness based stress reduction in relation to quality of life mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostate cancer outpatients. *Psychosomatics Medicine* 65, 571-581.
24. کاویانی، ح.، موسوی، ا. س.، و محیط، ا. (۱۳۸۰) مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران: پژوهشکده علوم شناختی.
25. یوسفی، ز. (۱۳۸۳) بررسی و مقایسه اثربخشی روش آموزش توجه برکاهش نشخوار فکری بیماران افسرده و سواس شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان (چاپ نشده).
26. Schulman, P. (2004) Depression Prevention in adults. Schulman@ psych.upenn. Edu .
27. Robins, C. J. (2002) Zen principles and mindfulness practice in Dialectical behavioral Therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 9, 50-57.
28. Patricia, C. Broderick (2005) Mindfulness and Coping with Dysphoric Mood: Contrasts with Rumination and Distraction. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 29, No. 5, pp.
29. Ramel, W. Goldin, P., R. carmona, P., E, Mcquaid, J., R. (2004) Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology*, 10(2), 172-178.
۱. سلیگمن، م. پ، روز نهان، د (۱۹۹۶) آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۷۹). تهران: موسسه نشر ساوالان.
۲. کاویانی، ح.، احمدی ابهری، س.ع.، نظری، ه.، ا.، و هرمزی، ک (۱۳۸۱) شیوع اختلال افسردگی در جمعیت شهر تهران، ۱۳۷۹. مجله دانشکده پزشکی، ۵، ۳۹۳-۳۹۹
۳. امینی، ف.، و فرهادی، ع. (۱۳۸۰) بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. ماهنامه همایش دانشجویان و بهداشت روانی، ۸، ۲۱-۲۸
4. Rippere, V. (1997) what s the think to do when your s feeling depressed? a pilot study. *Behaviors research and therapy*, 15, 158_191.
5. Martin, L. L., & Tesser, A. (1989) Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 306-326). New York: Guilford Press.
6. Watkins, E., Moulds, M. (2005) Distinct modes of ruminative self – focus: impact of Abstract Versus convent rumination of problem solving in depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 615-623.
7. Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001) Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26
8. Siegle, G. J., Sagrati, S., & Crawford, C. E. (1999 November). Effects of rumination and initial severity on response to cognitive therapy for depression. Paper presented at the 33rd annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada.
9. Nolen Hoeksema, S. & Davis, C. G. (1999) Thank for sharing that: Ruminators and their social support networks. *Journal of Psychology*, 77, 801_814.
10. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
11. Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
12. Carighead, W. E., (2003) Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of psychology vol. 8, Clinical Psychology*. NJ: Jone Wiley, & Sons.
13. Kabat-Zinn, J. (2002) Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
14. Bishop, S. R. (2002) What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-83.

