

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۰۶  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۰۲

دست آوردهای روان‌شناختی  
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۷  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۵، شماره‌ی ۱  
ص: ۹۳-۱۱۲

## اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوارفکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی - جبری

رضا پاشا\*  
آذر سراج خرمی\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوارفکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی - جبری بود. این پژوهش یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. حجم نمونه شامل ۸۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی و وسواس بود که طبق تشخیص روان‌پزشک و برحسب ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص داده شده و به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای به‌کارگرفته شده شامل پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ساخته‌ی سگال، ویلیامز و تیزدیل، پرسشنامه‌ی نشخوارفکری و پرسشنامه‌ی نگرش‌های ناکارآمد بود. برای اجرا، ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس، گروه آزمایشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی آموزش دیدند و بعد از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشخوارفکری و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی - جبری در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون شد ( $p < 0.001$ ). در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که در رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد از طریق رابطه‌ی جدیدی که با افکار برقرار می‌کنند، احساس بهبودی بیشتری پیدا می‌کنند. به همین علت پیش‌بینی می‌گردد که بتوان از این روش درمانی هم به صورت انحصاری و هم تلفیقی در درمان اختلالات روانی و جسمی استفاده نمود.

کلید واژگان: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشخوارفکری، نگرش‌های ناکارآمد

g.rpasha@yahoo.com

\* دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

\*\* دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

## مقدمه

اختلال افسردگی اساسی<sup>۱</sup> و وسواسی-جبری<sup>۲</sup> از جمله اختلالات روانی به شمار می‌روند که عوامل مؤثر بر بروز و تداوم آن‌ها به خوبی شناخته نشده‌اند. این اختلال‌ها با علایمی که به همراه دارند، مشکل قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کنند (Sadock & Sadock, 2015). در سال‌های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از انواع این افکار ناخواسته، نشخوار فکری<sup>۳</sup> است (Conway, Csank, Holm, & Balke, 2000) که در برخی اختلالات هیجانی نظیر افسردگی<sup>۴</sup>، وسواس فکری-عملی<sup>۵</sup>، اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۷</sup> مشاهده می‌شود (Papageorgiou & Wells, 2017). مدل‌ها و تعریف‌های زیادی از نشخوار فکری ارائه شده است که نیرومندترین نظریه در این مورد نظریه‌ی سبک‌های پاسخ Nolen Hoeksema می‌باشد (Smith & Alloy, 2009). در این نظریه نشخوار فکری به عنوان تفکر تکراری و مداوم در مورد علائم افسردگی، علل احتمالی و پیامدهای این علائم تعریف شده است (Muris, Fokke, & Kwik, 2009) که شدت و سیر افسردگی، پیامد نوع ارزیابی فرد از علائم افسردگی خود است؛ علاوه بر این، نشخوار فکری، افسردگی را به واسطه‌ی تفکر منفی، حل مسأله‌ی ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد (Nolen-Hoeksema et al., 2008). نشخوار فکری در اختلال وسواس، شامل افکاری هستند که به‌طور پایان‌ناپذیر مرور می‌شوند و به ناامیدی درباره‌ی آینده و ارزیابی‌های منفی درباره‌ی خود منجر می‌شود (Clarck, 2004). یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که نشخوار فکری برای افراد ایجاد می‌نماید، جداسازی آن‌ها از واقعیت و فاصله گرفتن از اینجا و اکنون<sup>۸</sup> می‌باشد که روی پردازش آن‌ها تأثیر منفی به‌جا می‌گذارد.

- 
- 1- major depression disorder
  - 2- obsessive- compulsive disorder
  - 3- thinking rumination
  - 4- depression
  - 5- obsessive-compulsive
  - 6- generalized anxiety
  - 7- post traumatic estress disorder
  - 8- here and now

درمانگر با تکنیک‌های درمانی، نشخوار فکری این دسته از بیماران را تشخیص داده، آن‌ها را به بینش می‌رساند و به آن‌ها کمک می‌نماید تا به جای پرداختن به موضوعات گذشته، در حال و اینجا زندگی کنند؛ در همین اثنای درمان نیز، فرایند واقعیت‌سنجی و درک کامل‌تر از وضعیت فعلی فرد و اطرافیان میسر می‌گردد.

یکی دیگر از مهم‌ترین مفاهیمی که در شکل‌گیری و دوام بسیاری از اختلالات از جمله افسردگی، مورد توجه بسیاری از صاحب‌نظران قرار گرفته، نگرش‌های ناکارآمد<sup>۱</sup> می‌باشد. نگرش‌های ناکارآمد، اسنادهای شناختی هستند که با آسیب‌پذیری، تداوم و عود اختلال افسردگی ارتباط دارند (Teasdale et al., 2000). این نگرش‌ها، فرضیه‌ها و باورهای ناکارآمدی هستند که معمولاً حیطه‌هایی چون ارزیابی، کمال‌گرایی و تأیید بین‌فردی را شامل می‌شوند. (Warn & Zegorides) نیز بر اساس دیدگاه عقلانی-هیجانی Ellis، نگرش‌های غیرمنطقی اساسی بیماران وسواسی را در قالب سه فکر اصلی بیان داشته‌اند: (۱) من باید تصمیم درستی بگیرم، (۲) من باید آن‌قدر دقیق عمل کنم که به هیچ‌وجه به دیگران آسیب نرسانم و (۳) من نباید افکار و تکانه‌های عجیب و غریب داشته باشم. نظریه‌ی شناختی هم‌چنین فرض می‌کند که در اختلال وسواس، رویدادها و یا محتوای افکار، تصورات و تکانه‌های مزاحم به گونه‌ای تفسیر می‌شوند که فرد ممکن است خودش را مسئول آسیب به خود یا دیگران بداند. این امر می‌تواند به خلق نامناسب (اضطراب و افسردگی) و گستره‌ای از رفتارها مثل وسواس چک‌کردن، شستن و آیین‌مندی‌های پنهانی بینجامد تا از این طریق افکار مزاحم، خنثی شوند. خلق نامناسب و رفتارهای خنثی‌کننده هم می‌توانند احتمال تقویت افکار مزاحم را افزایش دهند و هم موجب ادراک تهدید و مسئولیت شوند که این امر به چرخه‌ای از افکار منفی و خنثی‌کننده منجر می‌گردد (Salkovskis & Forrester, 2002).

تاکنون روش‌های درمانی متعددی برای درمان اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله می‌توان به درمان چندسیستمی، درمان شناختی-رفتاری، درمان فن‌محور، رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی اشاره نمود. در سال‌های اخیر الگوهای جدیدی همانند رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شکل گرفته‌اند و تحول بزرگی در درمان این مشکلات ایجاد شده است (Finucane & Mercer, 2006). شناخت‌درمانی مبتنی بر

ذهن‌آگاهی، مفهوم ذهن‌آگاهی را با اصول نظریه‌ی شناختی- رفتاری درهم می‌آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را دربرمی‌گیرد که باعث جداسدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند، مثلاً اظهاراتی چون "افکار واقعیت نیستند"، "من افکارم نیستم". شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کاهش عود افسردگی طراحی شده است، بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان لزوماً نمایان‌گر واقعیت نیستند. در این رویکرد، فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوارفکری خود نیفتند (Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

شماری از پژوهش‌ها اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کاهش نشانگان وسواس فکری- عملی، کاهش نشخوارفکری و افسردگی، بهزیستی روانی، اضطراب و افسردگی (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, & Kesper, 2007)، پیشگیری از خودکشی (Williams, Duggan, Crane, & Fennell, 2006)، تحمل درد، سلامت روان (Kingston, Chadwick, Meron, & Skinner, 2007) و کاهش علائم جسمانی و روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (Pradhan, Baumgarten, & Langenberg, 2007) نشان داده‌اند. (Johnson, et al. (2015) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری براساس شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی انجام دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که آموزش، موجب بهبود استرس، افسردگی و اضطراب می‌گردد. (Song and Lindquist (2015) در مطالعه‌ی خود با عنوان اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ذهن‌آگاهی در دانشجویان پرستاری کره‌ای به این نتیجه دست یافتند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش آرام‌سازی، خودآگاهی و تنظیم هیجان، کاهش حساسیت سیستم بازداری رفتاری، اجتناب و گریز، کنترل پریشانی روان‌شناختی، افزایش ذهن‌آگاهی و کاهش اضطراب و افسردگی تأثیر دارد. (Goldin et al. (2014) اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر بهبود نشانگان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به‌خصوص کاهش سوگیری توجه و هیجان و رفتارهای اجتنابی و هم‌چنین پاسخ‌های هیجانی خودکار به خودباوری‌های منفی و افزایش تنظیم هیجانی را نشان داده‌اند. یافته‌های پژوهش (Ghadampour, Gholamrezaei, and Radmehr (2016) با عنوان اثربخشی شناخت‌درمانی

مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی با پیگیری ۶۰ روزه حاکی از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱</sup>، در کاهش میزان اضطراب اجتماعی و افسردگی نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود. (Ariana-Kia, Moradi, and Hatami (2014). پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام دادند. یافته‌های این پژوهش که در قالب یک طرح تک آزمودنی اجرا شد، از نقش درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی حمایت می‌کند. (Bayrami, Movahedi, Mohammad Zadegan, Movahedi and Vakili (2013). عنوان اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مدارس دبیرستانی انجام دادند. نتایج حاصل از تحلیل واریانس‌های چند متغیری، بیانگر کاهش معنی‌دار اضطراب و افسردگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه بود و به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث سلامت روان‌شناختی در دانش‌آموزان شود. (Bassak Nejad, Agha Jani Afjadi and Zargar (2011). در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به صورت معنی‌داری کیفیت خواب را بهبود بخشیده است اما بر کیفیت زندگی تأثیر نداشته است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند برای افراد دارای کیفیت خواب نامطلوب مفید باشد.

همان‌طور که تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهند، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه‌ی شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش‌بینی‌کننده‌ی عود افسردگی است. این روش درمانی، نوید تازه‌ای در پیشرفت رویکرد شناختی رفتاری در درمان افسردگی است، چرا که آموزش ذهن‌آگاهی به همراه یادگیری‌های فراشناختی و راهبردهای رفتاری به گسترش افکار جدید، کاهش هیجانات ناخوشایند و کاهش

---

1- mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

نشخوارهای فکری و پاسخ‌های اضطراب‌آمیز می‌انجامد (Crane, 2009). طبق تحقیقات انجام شده، نشخوارفکری به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه‌ی افسردگی شناخته شده است (Chang, 2004) و با در نظر گرفتن این نکته که نگرش‌های ناکارآمد نیز در شکل‌گیری، تداوم و عود بسیاری از اختلالات به‌ویژه افسردگی نقش دارند، لذا استفاده‌ی بیش از حد از نشخوارفکری و نگرش‌های ناکارآمد، ممکن است مشخصه‌ی تعداد زیادی از بیماری‌های روانی باشد و مدیریت آن‌ها ممکن است نقشی ویژه در درمان‌های حمایت‌کننده داشته باشد. همچنین، با توجه به این موضوع که اکثر بیماران وسواسی مبتلا به افسردگی نیز می‌باشند و علائم و عوارضی که این دو اختلال برای فرد در پی دارند، شباهت و همپوشی زیادی با همدیگر دارند، می‌توان چنین نتیجه گرفت که هرگونه روش درمانی که موجب کاهش متغیرهای ایجادکننده و عود هریک از این دو اختلال می‌باشد بر دیگری نیز اثرگذار خواهد بود. با توجه به مطالب ذکر شده و همچنین به دلیل شیوع بالای اختلال‌های خلقی و اضطرابی و تأثیری که این اختلال‌ها بر عملکرد افراد دارند و همچنین به علت اندک‌بودن مطالعات جهت شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم هریک از اختلال‌های مذکور و یافته‌های متفاوت و متناقض به‌دست‌آمده و با توجه به اینکه تا کنون در هیچ پژوهشی به بررسی رابطه‌ی بین نشخوارفکری و نگرش‌های ناکارآمد در بروز افسردگی و وسواس و نقشی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش متغیرهای مذکور به منظور درمان اختلالات دارد، پرداخته نشده است، مسأله‌ی اصلی پژوهش حاضر این است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برنشخوارفکری و نگرش‌های ناکارآمد مبتلایان به افسردگی و وسواس تأثیر دارد؟

### روش پژوهش

مطالعه‌ی حاضر یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی- جبری بستری در مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن شفا در شه‌رستان دزفول بود که توسط روان‌پزشک و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌یافته از جمله SID، واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی و وسواسی- جبری تشخیص داده شده بودند. نمونه‌ی پژوهش، ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و وسواسی- جبری مرکز شفا بود که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی ساده به دو گروه

آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند (۲۰ نفر افسرده، ۲۰ نفر وسواسی؛ در هر دو گروه آزمایشی و گروه کنترل). در رابطه با معیارهای ورود و خروج بیماران به پژوهش حاضر، لازم به ذکر است که افرادی در این مطالعه شرکت کردند که در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۷۰ سالگی بودند؛ به‌علاوه در صورت داشتن سابقه‌ی بیماری روانی به غیر از اختلال‌های ذکرشده از نمونه حذف شدند. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده و با توجه به سؤالات پژوهش، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۱</sup> استفاده گردید.

### ابزار گردآوری داده‌ها

۱- پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: به عنوان مداخله از راهنمای عملی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ساخته‌ی (Segal, Williams, & Teasdale; 2002, Translated by Mohamadkhani et al., 2005) ساخته شده است، استفاده شد. این پروتکل درمانی شامل ۸ جلسه می‌باشد. برنامه‌ی درمان در هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه است (پس از ۴۵ دقیقه، ۵ دقیقه استراحت و سپس ۴۰ دقیقه مداخله) که با انجام تمرین‌های مرتبط با مداخله‌ی موردنظر، بحث در مورد تمرین‌ها و بررسی تکالیف هر جلسه است. هدف جلسات به شرح ذیل می‌باشد:

#### جلسه: موضوع

اول: تعیین اهداف جلسه، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، تمرین مراقبه واریسی بدنی برای ۷-۶ روز، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی.

دوم: تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه‌ی نشسته ۱۵-۱۰ دقیقه، مراقبه‌ی واریسی بدنی ۶ بار در ۷ روز، تنفس با حضور ذهن ۱۵-۱۰ دقیقه‌ای، ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هر روز)، حضور ذهن از فعالیت‌های عادی.

سوم: تمرین دیدن یا شنیدن، تمرین مراقبه، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تهیه‌ی فهرستی از وقایع ناخوشایند، آمادگی شخصی و برنامه‌ریزی، ارائه‌ی تکالیف خانگی.

چهارم: تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، ۴۰ دقیقه مراقبه- آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تمرین مراقبه‌ی نشسته، تعیین تکالیف خانگی، آمادگی فردی و برنامه‌ریزی (برای ماندن در زمان حال).

پنجم: آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن‌ها بر بدن، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.

ششم: مراقبه‌ی نشسته، بازنگری تکلیف خانگی، آماده‌شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای - مقابله‌ای، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.

هفتم: مراقبه‌ی نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صداها، سپس افکار، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده‌ی ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده‌برآیی می‌شود، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایی نشانگان عود، شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود/ بازگشت، دادن تکلیف خانگی، ایجاد نظام هشدار اولیه برای ردیابی نشانگان عود، گسترش برنامه‌ی فعالیت برای مواجهه با حالات خلقی بد، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.

هشتم: تمرین واریسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی (شامل نظام‌های هشداردهنده‌ی اولیه و برنامه‌های عمل)، بازنگری کل برنامه، نظرسنجی از شرکت‌کنندگان تا در مورد برنامه نظر بدهند، بحث در مورد این‌که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظم که در ۷ هفته‌ی گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجاد شده، ادامه یابد، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه‌ی تمرین، پایان‌دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.

۲- پرسشنامه نشخوار فکری<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط یوسفی در سال ۱۳۸۴ ساخته شد. پرسشنامه‌ی نشخوار فکری پنج خرده مقیاس دارد که عبارتند از: سردرگریانی، سرزنش خود، نشخوار فکری علامت‌مدار، درون‌نگری و نشخوار فکری درباره نتایج افسردگی. این پرسشنامه ۳۹ سؤال دارد و هر آزمودنی به سؤالات با یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (به هیچ وجه، تا حدودی، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) در مورد تجربه‌ی افکار یا احساسات خود در دو هفته گذشته پاسخ می‌دهد که هر کدام از یک تا چهار درجه‌بندی می‌شود و نمره‌ی هر فرد با جمع این امتیازات به دست می‌آید. (Yousefi, Bahrami and Mehrabi (2007) به منظور بررسی پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه‌ی نشخوار فکری، ۲۱۱ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان را به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ی نشخوار فکری افسرده‌ساز 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 کرونباخ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به دست آمد. ضریب اعتبار همزمان با آزمون بک ( $r=0/051$ ) و با شادمانی آکسفورد ( $r=0/53$ ) به دست آمد که هر دو از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. همچنین نتایج نشان داد که این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای کرونباخ  $0/92$  برخوردار است. همچنین، ضریب پایایی آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در این پژوهش،  $0/96$  است (Yousefi et al., 2007).

**۳- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد:** مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>۱</sup>، این مقیاس به منظور ارزیابی الگوهای تفکر ناسازگار و شناخت‌های ناکارآمد مورد استفاده قرار می‌گیرد. و در جمعیت بزرگسال مورد استفاده است. فرم اصلی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد یک ابزار خودگزارشی ۱۰۰ ماده‌ای است که برای ارزیابی شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با افسردگی ساخته شده است. در حال حاضر مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بیشتر در فرم ۴۰ ماده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس از نوع طیف لیکرت است و نمره‌های هر ماده از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۷ (کاملاً مخالفم) نوسان دارد. ضریب همبستگی دو فرم موازی این پرسشنامه از  $0/84$  تا  $0/97$  و آلفای کرونباخ بین  $0/88$  تا  $0/97$  به دست آمده است. ضریب بازآزمایی به فاصله ۶ هفته  $0/73$  گزارش شده است. اعتبار افتراقی مقیاس مذکور خوب گزارش شده است، به این صورت که  $0/73$  کسانی که در مقیاس نگرش نمره‌ی بالا گرفته بودند، در یک آزمون تشخیصی مستقل مبتلا به افسردگی تشخیص داده شدند. ضریب پایایی آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در این پژوهش،  $0/952$  است (Beck, Brown, Steer, & Weissman, 1991).

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه می‌باشد که در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

## جدول ۱.

میانگین و انحراف معیار نمره‌های نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری در دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	پیش از موزن		پس از موزن	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار فکری	افسردگی	۲۰	۱۰۵/۶۵	۸/۱۷	۵۵/۲۰۰	۷/۹۴
		۲۰	۱۰۹/۳۵	۷/۱۳	۱۰۹/۳۰	۱۲/۰۲
	وسواسی-جبری	۲۰	۱۱۰/۲۰	۸/۵۳	۶۲/۵۰۰	۶/۷۰۰
		۲۰	۱۰۹/۷۵	۶/۸۴	۱۱۱/۰۵	۷/۹۶
نگرش‌های ناکارآمد	افسردگی	۲۰	۲۵۳/۳۰	۲۱/۴۸	۱۳۸/۴۵	۲۴/۲۴
		۲۰	۲۴۲/۰۰	۲۳/۲۶	۲۶۳/۲۵	۳۱/۹۴
	وسواسی-جبری	۲۰	۲۴۳/۵۵	۲۱/۳۶	۱۴۳/۳۵	۲۷/۲۱
		۲۰	۲۴۸/۳۰	۱۸/۲۶	۲۵۵/۹۰	۱۲/۳۷

به منظور مقایسه‌ی توزیع داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش با توزیع نرمال از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج مندرج در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد و پیش فرض نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است.

## جدول ۲.

نتایج نرمال بودن نمره‌های نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری در دو گروه

نتیجه آزمون	سطح معنی‌داری	Z	آزمون‌ها		متغیرهای پژوهش
			از موزن کولموگروف - اسمیرنوف (بررسی مفروضه نرمال بودن)	پیش از موزن	
قبول $H_0$ (نرمال)	۰/۰۵۶	۱/۳۳۸	پیش از موزن	افسردگی	نشخوار فکری
قبول $H_0$ (نرمال)	۰/۵۶۸	۰/۷۸۵	پیش از موزن	وسواسی-جبری	
قبول $H_0$ (نرمال)	۰/۱۴	۱/۱۴۵	پیش از موزن	افسردگی	نگرش‌های ناکارآمد
قبول $H_0$ (نرمال)	۰/۰۹۳	۱/۲۳۸	پیش از موزن	وسواسی-جبری	

به منظور بررسی برابری واریانس‌های نمره‌های نشخوار فکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران گروه آزمایشی و گروه کنترل از آزمون لوین استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳.

نتایج آزمون برابری واریانس های نمره های متغیرها در دو گروه

بیماران مبتلا به		آزمون لوین (همگنی) برابری واریانس ها)			
متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری	نتیجه آزمون
نشخوار فکری	۰/۲۵۳	۱	۳۸	۰/۶۱۸	قبول $H_0$ (همگنی واریانس ها)
وسواسی - جبری	۰/۸۶۱	۱	۳۸	۰/۴۵۹	قبول $H_0$ (همگنی واریانس ها)
نگرش های ناکارآمد	۰/۲۳۱	۱	۳۸	۰/۶۳	قبول $H_0$ (همگنی واریانس ها)
وسواسی - جبری	۰/۰۰۱	۱	۳۸	۰/۹۸	قبول $H_0$ (همگنی واریانس ها)

همان طور که جدول شماره ۳ نشان می دهد مقدار F آزمون لوین (تساوی واریانس ها) همه ی متغیرها معنی دار نمی باشد. لذا تفاوت معنی داری بین واریانس های نمره های نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی - جبری در گروه آزمایشی و گروه کنترل دیده نمی شود و پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است. به منظور تحلیل داده ها از آزمون مانکوا استفاده شد. قبل از انجام تحلیل مانکوا، لازم است مهم ترین پیش فرض این تحلیل، یعنی همگنی شیب رگرسیون متغیرها در دو گروه بررسی شود. نتایج حاصل از بررسی در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴.

نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون متغیرهای وابسته در گروه آزمایشی و گروه کنترل

تعامل پیش آزمون ها، پس آزمون ها در سطوح عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنی داری
افسردگی	۱۲۳/۴۲۱	۲	۶۱/۷۱۰	۰/۸۵۶	۰/۴۳۴
وسواسی - جبری	۲۹/۱۱۶	۲	۱۴/۵۵۸	۰/۱۰۱	۰/۹۰۴
افسردگی	۷۷۳/۸۳۴	۲	۳۸۶/۹۱۷	۰/۴۴۷	۰/۶۴۳
وسواسی - جبری	۸۰۵/۸۲۲	۲	۴۰۲/۹۱۱	۰/۴۹۰	۰/۶۱۷

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تعامل بین پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها در سطوح عامل معنی‌دار نیست. بنابراین، فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. به منظور آزمون معنی‌داری تفاوت‌ها بین میانگین‌ها، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد و نتایج در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

## جدول ۵.

نتایج تحلیل مانکوا روی نمره‌های نشخوارفکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری در دو گروه

پایه	نام آزمون	مقدار	آزمون F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	$\eta^2$	توان آزمون
نشخوارفکری	اثر پیلایی	۰/۹۵۹	۲۵۶/۲۹**	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۱/۰۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۴۱	۲۵۶/۲۹**	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۱/۰۰
	آزمون اثر هلتنینگ	۲۳/۳۰۰	۲۵۶/۲۹**	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۱/۰۰
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۲۳/۳۰۰	۲۵۶/۲۹**	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۱/۰۰
ناکارآمدی‌های ناکارآمد	اثر پیلایی	۰/۹۴۸	۱۹۸/۵۸**	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴۸	۱/۰۰۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۵۲	۱۹۸/۵۸**	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴۸	۱/۰۰۰
	آزمون اثر هلتنینگ	۱۸/۰۵۳	۱۹۸/۵۸**	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴۸	۱/۰۰۰
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۱۸/۰۵۳	۱۹۸/۵۸**	۳/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴۸	۱/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه‌ی آزمون‌ها بیانگر آن است که از نظر حداقل یکی از نمره‌های نشخوارفکری و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری در گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا صورت گرفت که نتایج حاصل در جدول شماره ۶ آورده شده است.

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، مقدار F متغیر نشخوارفکری در گروه بیماران مبتلا به افسردگی، برابر ۳۳۰/۹۶، در گروه بیماران مبتلا به وسواسی-جبری برابر ۴۸۲/۲۷ می‌باشد به علاوه، مقدار F مربوط به نگرش‌های ناکارآمد در گروه افسرده ۱۶۷/۳۱ و در گروه وسواسی-جبری برابر ۴۳۶/۱۰ است. تمام مقادیر F در سطح  $p=۰/۰۰۱$  معنی‌دار هستند.

جدول ۶.

نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی نمره های نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی- جبری در دو گروه

متغیر	بیماران مبتلا به	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	آزمون F معنی داری	سطح $\text{Eta}^2$	توان آزمون
نشخوار فکری	افسردگی و وسواسی-جبری	۲۴۰۴۸/۴۳۶	۱	۲۴۰۴۸/۴۳۶	۳۳۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰۴
نگرش های ناکارآمد	افسردگی و وسواسی-جبری	۲۱۶۲۸/۸۴۶	۱	۲۱۶۲۸/۸۴۶	۴۸۲/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲
نگرش های ناکارآمد	افسردگی	۱۴۱۵۲۱/۶۴۷	۱	۱۴۱۵۲۱/۶۴۷	۱۶۷/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷
نگرش های ناکارآمد	وسواسی-جبری	۱۲۶۰۲۱/۰۱۷	۱	۱۲۶۰۲۱/۰۱۷	۴۳۶/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۶

### بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی- جبری بود. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش به کارگیری نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی و وسواس گردیده است. این یافته ها با نتایج تحقیقات می باشد. آن ها در تحقیقات خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه های افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد. مطالعات صورت گرفته بر اساس مدل های شناختی افسردگی، نقش سبک های شناختی منفی و نشخوار فکری را به عنوان عوامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده اند (Roelofs, 2008). افراد افسرده از تحریف های شناختی از جمله تعمیم مفرط، انتزاع گزینشی، مسئولیت مفرط، خودارجاعی های افراطی و فاجعه آمیز کردن استفاده می نمایند که مطابق با نظریه ی سبک پاسخ نالن هوکسما، این گونه تحریفات شناختی باعث افزایش آگاهی فرد از مشکلاتش می شود و همزمان باعث می گردد که فرد از ارائه ی راه حل مناسب برای این مشکلات عاجز باشد و از تغییر آن ها احساس ناامیدی کند و در نتیجه منجر به حفظ چرخه ی افسردگی گردد. از آن جا که در افسردگی افراد درباره ی نشخوار فکری و افسردگی باور منفی دارند و فکر می کنند افسردگی برای آن ها موضوعات خطرناکی را به همراه دارد بنابراین ترس از افسردگی و وقوع مجدد، عاملی مهم در آشفتگی هیجانی است. افراد مستعد افسردگی اغلب به علائم و

نشانه‌های اولیه‌ی افسردگی حساسیت بیش از اندازه دارند و تمایل دارند تا علائم را به طور منفی و به عنوان علائم عود یا جریان غیر طبیعی تعبیر و تفسیر کنند؛ چنین تمایلی می‌تواند الگوهای نشخوار فکری، نظارت بر خود و اجتناب را به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار فعال کند و بنابراین سندرم شناختی توجهی را تغذیه و به افسردگی و اضطراب کمک کند. با توجه به این‌که افسردگی زیرمجموعه‌ی اختلال‌های خلقی محسوب می‌شود و یکی از ویژگی‌های تشخیصی آن خلق پایین است و خلق پایین افکار منفی را فرا می‌خواند، نشخوار فکری در افسرده‌ها بیشتر از افراد بهنجار مشاهده می‌شود. این افکار منفی بدون هدف در ذهن می‌چرخند و فرد افسرده از آن‌جا که انگیزه‌ی عمل و توانایی حل مسأله را از دست می‌دهد به صورت منفعلانه به نشخوار فکری می‌پردازد. نشخوار فکری در بیماری و سواس نیز، شامل افکاری هستند که به طور پایان‌ناپذیر مرور می‌شوند و به ناامیدی درباره‌ی آینده و ارزیابی‌های منفی درباره‌ی خود منجر می‌شود. یکی از ویژگی‌های برخی از بیماران و سواسی این است که نمی‌توانند توجه خود را از علائم ادراک شده برجسته بگیرند و در واقع قادر نیستند جلوی افکار ناخوانده‌ی مزاحم را به طور مؤثر بگیرند (Cavanagh, 2001). بر این اساس، نشخوار فکری یکی از ویژگی‌های شناختی بیماران و سواسی محسوب می‌شود که به صورت جر و بحث‌های درونی بی‌پایان با خود است که برخی اوقات در مورد مسائل جزئی و پیش‌پاافتاده و گاهی درباره‌ی یک مسأله‌ی فلسفی لاینحل بروز می‌کند.

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به اصلاح، کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. اولین و یکی از مهم‌ترین عوامل تغییر در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی بنیادین است. ذهن‌آگاهی بنیادین که زیربنای آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجان‌هایش را به‌طور چشم‌گیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجان‌ها را بدون تجربه‌ی آشفتگی هیجانی در ذهن تجربه کند. هم‌چنین، ذهن‌آگاهی بنیادین با قابلیت بالایی که در کاهش اضطراب و استرس و افزایش تمرکز دارد، باعث می‌گردد فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی به نشخوار فکری تبدیل می‌شوند، ثبات هیجانی‌اش را حفظ کند و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی باعث می‌شود که افکار خودآیند، اشتغال فکری بیش از حدی که قبلاً برای فرد به‌وجود

می‌آوردند را ایجاد نکنند و تبدیل به نشخوارفکری نشوند. همچنین، از تمرین تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. آموزش انعطاف‌پذیر روی توجه، غنی‌سازی ذهنی و توقف نشخوارفکری، منجر به کاهش افسردگی و نشخوارفکری می‌شود (Teasdale, 2000).

در زمینه‌ی نگرش‌های ناکارآمد نیز نتایج پژوهش نشان داد که با استفاده از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پیگیری درمان از طریق اجرای تکالیف مرتبط با درمان توسط بیماران مبتلا، میزان نگرش ناکارآمد در آن‌ها کاهش یافته است. در زمینه‌ی اثربخشی روش درمانی مذکور بر نگرش‌های ناکارآمد، یافته‌های پژوهش با نتایج تحقیقات (Peeters, Geschwind, Huibers, Van Os, & Wichers, 2012) همسو می‌باشد. آن‌ها در مطالعه‌ی خود نشان داده‌اند که تمرینات مراقبه‌ی حضور ذهن، اساساً در کاهش نشخوارفکری مؤثرند. اما یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج (Melyani, Allah yari, Azad-Fallah and Fathi-Ashtiani (2013) در تضاد است. آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی فقط توان مدیریت نشخوارذهنی را دارد اما درمان شناختی رفتاری کفایت لازم برای تعدیل نشانه‌های باقی‌مانده‌ی افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد را دارد. یافته‌های این پژوهش با آنچه در نظریه‌ی تیزدیل و همکاران بیان می‌شود، هماهنگ است. طبق این نظریه، ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتد، تعبیر و تفسیر می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن دایماً معطوف به افکار ناراحت‌کننده و منفی است که این خود باعث تداوم بیشتر افسردگی می‌شود (Teasdale, 2000). در تبیین نتیجه‌ی پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد، می‌توان چنین استدلال کرد که وجود نگرش‌های ناکارآمد در بیماران افسرده به‌عنوان یکی از موضوعات آسیب‌شناختی مورد تأکید بسیاری از نظریه‌پردازان شناختی- رفتاری قرار گرفته است (Hankin, Abramson, Miller, & Haeffel, 2004). این محققان و درمانگران تأکید می‌کنند که در درمان بیماران افسرده، تغییر نگرش‌ها هدف قرار گیرد؛ با این وجود، درمانگران موج سوم، بیشتر پذیرش را مدنظر قرار می‌دهند یعنی این‌که فرد بدون سعی در تغییر این افکار، بتواند با آن‌ها کنار آید. در مطالعه‌ای که Crane et al. (2008) انجام دادند، به بررسی نقش نظریه‌ی تباين- خود در آسیب‌شناسی روانی نگرش‌های ناکارآمد و تأثیر

ذهن‌آگاهی در آسیب‌پذیری شناختی پرداخته‌اند. این محققین بیان کردند که درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند پردازش ناشی از وجود استانداردهای دوگانه‌ی افراد را تغییر دهد (Crane, 2008). افرادی که از افسردگی و اختلالات هیجانی رنج می‌برند، غالباً درگیر اهداف و انتظارات خود می‌شوند و معمولاً این اهداف با مفهوم خود در آن‌ها تباین دارد. در مطالعه‌ی آن‌ها فرض بر این بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بدون دستکاری افکار و استانداردهای فرد، فعال‌سازی آن‌ها را محافظت کند و از این طریق، خطر عود مجدد افسردگی کاهش یابد. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ممکن است که به دو طریق عمل کند: الف- این روش افراد را ترغیب می‌سازد که مشاهده‌گر فرایندهای ذهنی خود باشند؛ افکار خود- انتقادی و قضاوت‌کننده را ببینند و بپذیرند و سعی در تمرکز بر روی آن‌ها نداشته باشند؛ هم‌چنین ممکن است که درمان مذکور، وسعت بروز افکار ناکارآمد را که در پاسخ به نوسانات خلقی بروز می‌یابند را محدود سازد. ۲- تأکید بر پذیرش خود ممکن است منجر به ارزیابی مجدد افکار ناکارآمد و تباین- خود گردد. در نهایت، نتیجه‌ای که (Mezulis et al., 2006) می‌گیرند این است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ممکن است باعث تغییر عملکرد خودتنظیمی و کاهش وسعت تباین بین افکار ناکارآمد گردد و این فرایند می‌تواند منجر به کاهش علائم خلقی و نوسانات هیجانی گردد (Mezulis, 2006). در واقع، درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به دلیل ایجاد نظارت فراشناختی، پردازش افکار ناکارآمد را مختل ساخته و فرد با آگاهی بیشتری با آن برخورد می‌کند. یافته‌های پژوهش در جهت حمایت از الگوهای عملکرد اجرایی خودتنظیمی ولز و متیوز، بیانگر کاربرد مفاهیم فراشناخت در ایجاد و تحول نقایص شناختی در بیماران مبتلا به اختلال خلق می‌باشد. مؤلفه‌ی نگرانی و پیش‌بینی خطر راهبردهایی هستند که با هدف خودتنظیمی توسط رخدادهای درونی مانند افکار و هیجان‌های منفی برانگیخته می‌شوند. با تمرکز بر اصلاح نقایص فراشناختی و افزایش خودکارآمدی در این افراد، می‌توان نگرش‌های ناکارآمد را در این بیماران کاهش داد.

در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که در رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد از طریق رابطه‌ی جدیدی که با افکار برقرار می‌کنند، احساس بهبودی بیشتری پیدا می‌کنند. به همین علت پیش‌بینی می‌گردد که بتوان از این روش درمانی هم به‌صورت انحصاری و هم تلفیقی در درمان سایر اختلالات روانی و جسمی استفاده نمود.



### محدودیت‌های پژوهش

با توجه به شرایط روحی نامناسب بیماران و بی‌حوصلگی در پیگیری جلسات درمانی و انجام صحیح تمرین‌های محوله، از پرستاران شیفت در مرکز کمک گرفته و در ساعت‌های پس از استراحت بیماران به آن‌ها برای تمرین در مورد مطالبی که در آخرین جلسه آموخته بودند، تذکر داده می‌شد. همچنین، به علت این‌که با افت حافظه مواجه بودند، به ناچار در هر جلسه ابتدا در مورد مطالب جلسه‌های گذشته به‌طور مختصر مجدداً صحبت می‌شد و بعد از بررسی تمرین‌های بیماران، جلسه آغاز می‌شد.

### پیشنهادات پژوهش

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با در نظر گرفتن دوره‌های پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه سنجیده شود و بر روی بیماران مبتلا به سایر اختلالات اعصاب و روان نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که روش درمانی مذکور هم‌زمان با سایر روش‌های درمانی اجرا گردد و بین آن‌ها مقایسه صورت گیرد. به‌عنوان یک پیشنهاد کاربردی نیز می‌توان از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌منظور اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه در مراکز مشاوره عمومی و خصوصی و مراکز آموزشی به‌صورت آموزش‌های کارگاهی استفاده نمود.

### References

- Ariana-Kia, E., Moradi, A. R., & Hatami, M. (2014). The Effectiveness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder, *Journal of Clinical Psychology, 1* (21), 15-27.
- Bassak Nejad, S., Agha Jani Afjadi, A., & Zargar, Y. (2011). Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive therapy on the quality of life and quality of life of female students, *Journal of Psychological Achievements, 2* (18), 181-198.
- Bayrami, M., Movahedi, Y., Mohammad Zadegan, R., Movahedi, M., & Vakili, S. (2013). The Effectiveness of Group-Based Cognitive Therapy Based on Mindfulness in Reducing Anxiety and Depression in High School Students, *Journal of Psychological Achievements, 20* (2), 1-18.

- Beck, T., Brown, G., Steer, A. R., & Weissman, N. A. (1991). Factor analysis of the dysfunctional attitude scale in a clinical population. *Psychological Assessment, 3*, 478-483.
- Cavangh, M. J. (2001). Attention training and hypochondriacs; Preliminary results of a controlled trial. World Congress Behavioral Cognitive Therapy, Zurich.
- Chang, E. C. (2004). Irrational beliefs as prediction of anxiety and depression in collage population. *Personality and Individual Differences, 20* (2), 212-219.
- Clark, D. (2004). Cognitive Behavioral Therapy for OCD. Izadi, R., & Abedi M. R., editors, Isfahan: Kavoshyar-jangal. [persisan].
- Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L., & Balke, C. K. (2000). On assessing individual differences in ruminationon sadness. *Journal of Personality Assessment, 75*, 404- 425.
- Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L., & Balke, C. K. (2000). On assessing individual differences in ruminationon sadness. *Journal of Personality Assessment, 75*, 404- 425.
- Crane, R. (2011). Mindfulness-based cognitive Therapy: Distinctive features, Translator: Khoshlahje Sedgh, A. Second edition. Tehran: Besat, 53-72.
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan D. S., Hepburn S., Fennell, M. V., Williams, JMG. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Discrepancy in Recovered Depressed Patients with a History of Depression and Suicidality. *Cognitive Ther Res, 32* (6), 775-87.
- Finucane, A., & Mercer, S. (2006). An exploratory mixed method study of the acceptability and effectiveness of MBCT for patient with active depression and anxiety. *BMC psychiatry, 6*, 50-61.
- Ghadampour, E., Gholamrezaei, S., & Radmehr, P. (2016). The effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy on redoucing social anxiety and depression in adolescences suffering comorbidity of social anxiety disorder and depression to 60 day follow up, *Journal of Urmia University Medical Sciences, 26* (12), 1028- 1040.
- Goldin, P. R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., James, G. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behav Res Ther, 56*, 7-15.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness Training as an intervention for Fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom, 76* , 226–233.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of Depression: Examining Affective Specificity in the Prediction of Depression Versus Anxiety in Three Prospective Studies. *Cognitive Ther Res, 28* (3), 309-45.

- Johnson, J. R., Emmons, H., Rivard, R., Griffin, K., Dusek, J. (2015). Resilience Training: A Pilot Study of A Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, In Press, Accepted Manuscript — Note to users.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., Skinner, A., chas, T. (2007). randomized controltrial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance psychological Well-being and physiological activity. *Psychosomatic Research*, 62 (3), 247-300.
- Melyani, M., Allah yari, A., Azad-Fallah, P., & Fathi-Ashtiani, A. (2013). Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on residual symptoms in recurrent Depression, *Journal of Behavioral Sciences*, 7 (2), 159-166.
- Mezulis AH, Hyde JS, Abramson LY.(2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Dev psychol*, 42 (6), 1012-25.
- Muris, P., Fokke, M., & Kwik, D. (2009). The Ruminative Response Style in Adolescents: An Examination of Its Specific Link to Symptoms of Depression. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 33 (1), 21- 32.
- Nolen- Hoeksema, S., Wisco, E. B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Journal of Perspectives on Psychological Science*, 3 (5), 400-424.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2007). Nature and consequences of rumination,depressive rumination: Nature, theory and treatment. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd, Isfahan: Kavoshyar-jangal, 1- 20.
- Peeters, F., Geschwind, N., Huibers, M., Van Os, J., Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *Br J Psychi*, 201 (4), 320-5.
- Pradhan, E., Baumgarten, M., & Langenberg, P. (2007). Effect of Mindfulness-Based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care Res*, 57, 1134-42.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Journal of Pers Indiv Differ*, (44), 847- 65.
- Sadock, B. J., Kaplan, H. (2015). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11th. Rezaei F (Persian translator). Tehran: Arjmand, 642-645.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment, Responsibility. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds), Oxford, UK: Elsevier Science, 45- 61.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale J. D. (2005). Mindfulness- based cognitive therapy for depression: A new approach to prevent recurrence, Translator: Mohamad Khani, Tehran: Faradid, 40- 55.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, New York: Guilford.
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, conceptualization of this multifaceted construct. *Journal of Clinical Psychology Review*, 29 (2), 116- 28.
- Song, Y., & Lindquist R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Edu today*, 35 (1), 86-90.
- 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.
- Williams, J. M., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clin Psychol*, 62 (2), 201-10.
- Yousefi, Z., Bahrami, F., & Mehrabi, H. A. (2007). Thinking Rumination: Beginning and duration of depression. *Journal of Behavioral Sciences*, 2(1), 67- 73.

