

## اثر بخشی ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی در زنان سالمند مبتلا به اختلال افسردگی

✉ دکتر علیرضا کاکاوند

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۴

دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۱۱

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی در زنان سالمند مبتلا به اختلال افسردگی انجام شد. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی زنان سالمند مبتلا به افسردگی اساسی شهر قزوین در سال ۱۳۹۴ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۷۰ نفر به طرح پژوهشی معرفی شدند و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۰ نفر (زن سالمند) در طرح نهایی قرار گرفتند و در قالب دو گروه آزمایش و کنترل هم‌تا شدند. ضمن اینکه شرکت‌کنندگان هر دو گروه توسط روانپزشک تحت دارودرمانی قرار داشتند، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، تحت هشت جلسه گروهی ذهن آگاهی قرار گرفتند. پس از پایان مداخله در هر دو گروه، پس‌آزمون اجرا شد و بعد از یک ماه پیگیری انجام شد. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند و نتایج نشان داد که ذهن آگاهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد مؤثر نبوده ولی بر کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، زنان سالمند، ذهن آگاهی، نگرش‌های ناکارآمد

افسردگی سالمندان همبندی زیادی با ناتوانی، مرگ و میر و خودکشی دارد (لی، چن، زنگ، پنگ و گونگ، ۲۰۱۶). پژوهش‌های تحلیل محتوا شیوع جهانی افسردگی اواخر عمر را بین ۴/۷ تا ۱۶ درصد نشان داده‌اند (باروئا، گوش، کار و باسیلو، ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده است که زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارند. از جمله عوامل خطر ساز برای ابتلا به افسردگی در سالمندی عبارت از اختلال‌های شناختی، اختلال عملکرد، بیماری‌های جسمی، کمبود و یا عدم حمایت اجتماعی، اختلال خواب، سوگ و یا افسردگی‌های دوران جوانی و میانسالی هستند (لی و همکاران، ۲۰۱۶). افسردگی حالتی هیجانی است که از طریق غم و اندوه

سلامت روان یکی از اجزای اصلی سلامت اجتماع است. به دلیل اینکه جمعیت جهان با بالا رفتن امکانات پزشکی و تغییر سبک زندگی به سالخوردگی متمایل شده، توجه به سلامت روان این قشر بسیار ضروری و حائز اهمیت است. افسردگی یکی از مشکلات روان‌شناختی مشترک میان سالمندان است.

علیرضا کاکاوند، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به علیرضا کاکاوند، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران باشد.

پست الکترونیکی: ali.reza\_kakavand@yahoo.com

نگرش‌های ناکارآمد ویژگی‌های شخصیتی پایداری هستند که افراد را نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازند. نگرش‌های ناکارآمد از طرحواره‌های<sup>۲</sup> منفی در مورد خود، دنیا و آینده تشکیل شده‌اند که به مثلث شناختی منفی اشاره داد (فرسکو، هیمبرگ، أبرامویتز و برترم، ۲۰۰۵). افرادی که نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر هستند، طرحواره‌های ناسازگاری دارند که پنهان باقی می‌مانند تا این که به وسیله‌ی حوادث پراسترس زندگی راه‌اندازی شوند. باورهای ناکارآمد در محتوای این طرحواره‌های نسبتاً پایدار منعکس می‌شوند (گراف، روثلوفز، هوپیر، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، نگرش‌های ناکارآمد، عوامل آسیب‌پذیری شناختی هستند که پس از بهبود افسردگی پنهان می‌شوند تا اینکه دوباره به وسیله خلق منفی فعال شوند (میراندا و پرنسس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹، به نقل از هالورسن، ونگ، ایزمن و واترلو، ۲۰۰۹). 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 نموده‌اند که بر اساس آن بین شناخت، هیجان و ذهن موقعیتی ارتباط ایجاد شده و به نام رویکرد شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی معروف گردیده است. تیزدیل (۱۹۹۹) همسو با مطرح شدن مباحث فراشناختی در زمینه‌ی اختلالات هیجانی، دیدگاه خود را به فراشناخت ربط داد (سگال، تیزدیل و ویلیامز، ۲۰۰۲).

ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است. در ذهن‌آگاهی فرد در هر لحظه از شیوه‌ی ذهنی آگاه می‌شود. برای ذهن دو شیوه‌ی اصلی در نظر گرفته می‌شود که عبارت از «انجام دادن»<sup>۴</sup> و «بودن»<sup>۵</sup> هستند. افراد در ذهن‌آگاهی فرا می‌گیرند که ذهن را از یک شیوه‌ی به سوی شیوه‌ی دیگر حرکت دهند ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه‌ی خود، به

شدید، احساس گناه و بی‌ارزشی، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب و اشتها و نیز فقدان علاقه به فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. ناامیدی و غمگینی دو مشخصه‌ی اصلی افسردگی هستند. فرد افسرده رکود بسیار شدیدی را در فعالیت‌ها و علایقش احساس می‌کند و در شروع فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری با دشواری مواجه می‌شود، نمی‌تواند به چیزی علاقه‌مند شود و در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود و امید به زندگی‌اش را کم کم از دست می‌دهد (یوهاننیز، ۲۰۱۶).

بررسی‌ها نشان داده است که وجود اختلال افسردگی یا حتی وجود تنها چند علامت از علائم افسردگی، منجر به کاهش معناداری در عملکرد جسمی یا شغلی، کاهش فعالیت‌های روزانه، در بستر ماندن و وضعیت سلامتی ضعیف می‌شود (گولدن، فیشر، دال گراند، تیلور، ۲۰۰۴).

تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورهای فرهنگ‌ها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان است. طبق فرضیه‌های ارائه‌شده دلایل این تفاوت عبارت از تفاوت‌های هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت فشارهای روانی-اجتماعی زنان و مردان و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته‌شده<sup>۱</sup> هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷/۱۳۸۷). افسردگی به صورت یک حالت خلقی بهنجار، تجربه شایعی است. در حالت افسردگی خفیف، فرد به نشخوار فکری درباره‌ی موضوعات منفی می‌پردازد، احساس ملال، تحریک‌پذیری و عصبانیت می‌کند و دائماً نیازمند اطمینان‌جویی از دیگران است. افراد با افسردگی اندک، درباره‌ی خویشاوندی گذشته مشغله‌ی ذهنی و درباره‌ی آینده احساس بدبینانه‌ای دارند. با عمق یافتن افسردگی علائم بیشتری اضافه می‌شود. این علائم شامل تغییرات هیجانی فزون‌تر (احساس غمگینی و ناامیدی مفرط)، تغییرات شناختی (عزت‌نفس پایین، گناه و تقصیر، اشکال در حافظه و مشکلات تمرکزی)، تغییرات در رفتار و انگیزش (احساس بی‌قراری و کندی، کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی) و تغییرات جسمی (خواب، مسائل خوردن و جنسی و از دست دادن انرژی) است.

افسردگی اغلب همراه با نگرش‌های ناکارآمد است (بیورز، میلر، کیت‌نر و ریان، ۲۰۰۳). مطابق نظریه‌ی بک،

<sup>2</sup> schema

<sup>3</sup> Mieanda & persons

<sup>4</sup> doing

<sup>5</sup> being

<sup>1</sup> Learned helplessness

عمومی گزارش نمودند. کاویانی، حاتمی و شفیق‌آبادی (۱۳۸۷) طی تحقیقی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کیفیت زندگی افسرده غیر بالینی در ۳۰ دانشجوی مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد. آذرگون، کجیاف، مولوی و عابدی (۱۳۸۸) اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان را مورد بررسی قرار دادند. به این منظور ۳۶ دانشجوی مبتلا به افسردگی مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخشی روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود و مشاهدات کیفی نشان داد روش مذکور در بالا بردن تمرکز و همچنین پیشگیری از افسردگی مؤثر است. در پژوهش سگال و همکاران (۲۰۰۲) یک گروه ۴۵ نفری که متوسط دوره‌های قبلی افسردگی آن‌ها چهار دوره بود انتخاب شدند و تحت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. نتایج نشان داد آموزش بیماران بهبودیافته از افسردگی قبلی، این امکان را به شخص می‌دهد که شناخت‌ها را بدون تلاش برای سرکوب یا دوری کردن محقق سازد. تمایل به جستجو کردن و یافتن رویدادها در این گروه کاهش می‌یابد و بنابراین کاهش چشمگیری در وضعیت خاطره‌ی آن‌ها دیده می‌شود.

با توجه به شیوع بالای افسردگی در جمعیت بزرگسال و سالمند و اثرات منفی آن، که به طور کلی سلامت روان سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لزوم پژوهش در زمینه‌ی درمانی جامع و در عین حال کوتاه‌مدت که بتواند به‌طور مؤثر موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد سالمندان شود، مطرح می‌شود. ذهن‌آگاهی از جمله‌ی این درمان‌ها است که تأثیر آن بر کاهش نشانگان افسردگی و دیگر اختلالات و پریشانی‌های روانی در نمونه‌های مختلف تأیید شده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی زنان سالمند بود.

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون،

جولوگیری از ماریپیچ فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

این نوع شناخت‌درمانی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره‌ی افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار و احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه‌ی حاضر میسر می‌سازند و پردازش‌های خودکار افسردگی‌زا را کاهش می‌دهند و در حالت‌های توجه آگاهانه<sup>۱</sup> پخش اطلاعات از چرخه‌های دوطرفه معیوب به طرف تجربه‌ی فوری و کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل، آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادی (واقع در موتور مرکزی<sup>۲</sup>) را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جولوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش افسردگی کاهش می‌یابد. در این شیوه منابع حسی، مانند الگوهای معنایی است. تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرحواره می‌شود. هنگامی که در ذهن‌آگاهی، توجه را متمرکز می‌کنیم، تغییر مدل طرحواره مشکل‌دار به اوج می‌رسد و تصلب به وجود آمده نرمش پیدا می‌کند (تیزدیل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۴؛ به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۸۴).

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش پریشانی‌های روانی در نمونه‌های مختلف می‌شود. امیدی، محمدخانی، دولتشاهی و پرشهباز (۱۳۸۷) تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری را بر نشانگان رونپژشکی ۹۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند در نتیجه این مداخلات، بیماران کاهش معنی‌داری را از نظر میزان استرس، نشانگان روانپزشکی و احساس سلامت

<sup>1</sup> mindfulness awareness

<sup>2</sup> control engine

به‌طور ثابت ضرایب همسانی درونی بالا در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ در جمعیت‌های مختلف نشان داده است. پایایی این آزمون در پژوهش مهردادآریانی، مجدی نسب و شرف الدین‌زاده (۱۳۹۲) برابر ۰/۸۶ به دست آمده که نشان از پایایی بالای این مقیاس است. ثبات درونی این آزمون بر اساس نمونه‌ی پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

**مقیاس نگرش‌های ناکارآمد.** این مقیاس توسط بک و ویسمن در سال ۱۹۷۸ بر اساس نظریه‌ی شناختی بک در مورد اضطراب و افسردگی تنظیم گردید. وجود و شدت باورهای ناکارآمد در افسردگی به‌وسیله این مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس آسیب‌پذیری شناختی به افسردگی را منعکس می‌کند. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد دارای دو فرم موازی است. در این پژوهش از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد فرم A استفاده شده است که یک مقیاس خودگزارشی است و شامل ۴۰ عبارت است. شرکت‌کننده باید میزان موافقت یا مخالفت خود را در هر عبارت در یک مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم در پرسشنامه مشخص کند. روش نمره‌گذاری این مقیاس به این صورت است که هر عبارت، نمره‌ای از ۱ کاملاً مخالفم، تا ۷ کاملاً موافقم می‌گیرد و نمره‌ی شرکت‌کننده‌ها در دامنه ۴۰ تا ۲۸۰ قرار می‌گیرد. بر اساس الگوی بک، این مقیاس ۷ باور اساسی (مورد تأیید قرار گرفتن، دوست داشتن، پیشرفت، کمال‌گرایی، استحقاق، اقتدار، خودمختاری) را مورد سنجش قرار می‌دهد. همسانی درونی این آزمون ۰/۹۵ گزارش شده است (هرسن و بلاک، ۱۹۹۸؛ به نقل از عاقبتی، ۱۳۸۵). در مطالعات مختلف، همسانی درونی، پایایی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و میانگین همبستگی کل داده‌های این مقیاس رضایت‌بخش گزارش شده است. پایایی آزمون با روش دونیمه کردن و استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن براون محاسبه گردیده و ضریب پایایی آن ۰/۸۶ به دست آمده است (لیور بومگارت، ۱۹۸۵؛ به نقل از عاقبتی، ۱۳۸۵). ثبات درونی این آزمون بر اساس نمونه‌ی پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

**پروتکل درمانی ذهن آگاهی.** پروتکل درمانی استفاده شده در این پژوهش شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که طبق پروتکل کابات زین و همکاران (۱۹۹۲) که در

پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی زنان سالمند با تشخیص افسردگی اساسی شهر قزوین در سال ۱۳۹۴ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۷۰ نفر به طرح پژوهش اولیه معرفی شدند و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۰ نفر (زن سالمند) در طرح نهایی پژوهش قرار گرفتند و برحسب ویژگی‌های سن، تحصیلات، اختلالات همراه و نمره‌ی پیش‌آزمون افسردگی بک و نگرش‌های ناکارآمد، در قالب دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفره به صورت تصادفی هم‌تا شدند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران گروه نمونه به ترتیب ۵۸ و ۴/۴۸ بود. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از گرفتن نمره بالاتر از ۳۰ در پرسشنامه افسردگی بک و ثابت ماندن دوز دارویی برای ۸ هفته و معیارهای خروج از پژوهش شامل داشتن ایده‌پردازی خودکشی یا اقدام به خودکشی در گذشته، سوء مصرف مواد، وجود بیماری‌های جسمی که سبب علائم می‌باشند (مانند بدکاری تیروئید) و دو جلسه غیبت پی‌درپی بودند.

## ابزار

**پرسشنامه‌ی افسردگی بک<sup>۱</sup>.** این پرسشنامه ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک و همکاران معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۸۷ منتشر گردید. ماده‌های این پرسشنامه اصولاً بر پایه‌ی مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. در سال ۱۹۹۶ برای تحت پوشش قرار دادن دامنه‌ی وسیعی از نشانه‌ها، در این آزمون تجدید نظر اساسی صورت گرفت. بدین ترتیب، این آزمون با ملاک‌های تشخیص اختلال‌های افسردگی DSM-IV هماهنگی بیشتری یافت. معلوم شده است که این آزمون در تشخیص افسردگی به اندازه مصاحبه‌هایی با ساختار طولانی و پرهزینه کارایی دارد. این آزمون از نوع خودسنجی است. در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از شرکت‌کننده خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ درجه‌بندی کند. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. پژوهش‌های انجام‌شده درباره‌ی این آزمون

<sup>۱</sup> Beck Depression Inventory

تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است و نتایج تحقیقات حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر افسردگی، اضطراب، استرس و سازگاری روان‌شناختی است. اجرا شد

جدول ۱

## خلاصه محتوای طرح درمانی ذهن‌آگاهی

ردیف	عنوان	محتوای جلسات
۱	جلسه اول	معارفه و آشنایی، هدایت خودکار: هدف از این جلسه خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، ایجاد یک رابطه درمانی خوب همراه با هم‌دلی و گوش دادن فعال و هدایت خودکار است.
۲	جلسه دوم	جلسه‌ی دوم، آشنایی با مفهوم افسردگی و مقابله با موانع: در این جلسه مفاهیم افسردگی و ذهن‌آگاهی با زبان ساده برای شرکت‌کنندگان توضیح داد می‌شود و بعد ارتباط بین افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد و فواید ذهن‌آگاهی و کاربرد آن توضیح داده می‌شود.
۳	جلسه سوم	حضور ذهن از جریان تنفس (و بر بدن در حال حرکت): آگاهی از اینکه ذهن چگونه می‌تواند اغلب مشغول و پراکنده باشد و یادگیری تمرکز عامدانه، آگاهی بر تنفس جهت تسهیل امکان تمرکز بیشتر.
۴	جلسه چهارم	در این جلسه فرد می‌آموزد که از زاویه دیگری به وقایع نگاه کند تا دید گسترده و متفاوتی نسبت به آن‌ها داشته باشد. فرد تشویق می‌شود تا احساسات ناامیدی و تأسف در مورد گذشته را رها کند. همچنین در این جلسه در مورد اهمیت ماندن در زمان حال و چگونگی رها شدن ذهن از افسوس‌ها و نگرانی‌های گذشته و آینده بحث می‌شود.
۵	جلسه پنجم	پذیرش و اجازه/مجوز حضور: پذیرش تجارب و احساسات ناخوشایند و ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه.
۶	جلسه ششم	فکرها نه حقایق: در این جلسه فرد می‌آموزد که اتحاد خود را با افکار کاهش دهد و به آن‌ها به‌عنوان فکر بنگرد و بتواند با آن‌ها رابطه‌ی بیشتری برقرار کند و از آن‌ها آگاه شود.
۷	جلسه هفتم	مراقبت از خود: فرد به این نتیجه می‌رسد که آگاهی به‌تنهایی برای حل مشکلات فرد کافی نیست و باید به‌تدریج نحوه مراقبت از خود و ارزش‌گذاری تجربه لحظه به لحظه را یاد بگیرد.
۸	جلسه هشتم	در این جلسه فرد می‌آموزد از آموخته‌هایش برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی آینده نماید.

## روش اجرا

یک ماه پس از اتمام آخرین جلسه‌ی گروه، شرکت‌کنندگان مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی داده‌های پژوهش (نمره‌های متغیرهای وابسته) ارائه شده است.

بعد از تهیه راهنمای درمان، ارزیابی‌های اولیه، انتخاب شرکت‌کنندگان و هم‌تا کردن آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، رضایت آن‌ها به‌صورت شفاهی برای شرکت در پژوهش گرفته شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، تحت ۸ جلسه‌ی درمان گروهی ذهن‌آگاهی (به مدت ۲ ساعت در هر هفته) قرار گرفتند. به دلیل رعایت اصول اخلاق در پژوهش، شرکت‌کنندگان آزاد بودند که در صورت عدم تمایل به ادامه‌ی درمان، جلسات را ترک کنند. به مدت

جدول ۲

شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمره‌های افسردگی و نگرش ناکارآمد

مؤلفه	گروه آزمایش						گروه گواه						
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
نگرش‌های ناکارآمد	۱۸۶/۸۷	۳۹/۳۲	۱۷۰/۶۰	۴۹/۲۹	۱۷۰/۶۰	۴۹/۲۹	۱۷۰/۶۰	۴۹/۲۹	۱۷۰/۶۰	۱۵۳/۹۳	۳۳/۵۳	۱۵۲/۴۷	۳۲/۰۹
افسردگی	۳۱/۸۰	۵/۶۸۵	۱۱/۵۳	۷/۱۸۰	۷/۱۳	۷/۱۳	۷/۱۳	۷/۱۳	۷/۱۳	۳۶/۸۷	۱۰/۳۰۹	۲۶/۸۰	۱۲/۳۹

افسردگی؛  $F(1,112) = 1.112, P = 0.157 > 0.05$ . بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد [پس‌آزمون  $P = 0.37 > 0.05$   $F = 2.23$  و Wilkes lambda = 0.46 همانطور که مشاهده می‌شود آماره‌های چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدا ویلکس معنی‌دار نمی‌باشند ( $P > 0.05$ )]. بنابراین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون برقرار می‌باشد و نیز آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون افسردگی و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت نتایج همگنی نشان داد که  $F$  محاسبه شده ( $F = 2.33, p = 0.26 > 0.05$ ) برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح  $0.05$  معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند و این فرضیه پذیرفته می‌شود. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، در آزمون انجام شده سطح  $p > 0.05$  بود که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد گروه آزمایش ۱۸۶/۸۷ و گروه کنترل ۱۵۳/۹۳ و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۱۷۰/۶۰ و ۱۵۲/۴۷ بود. میانگین پیش‌آزمون افسردگی گروه آزمایش ۳۱/۸۰ و گروه کنترل ۳۶/۸۷ و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۱۱/۵۳ و ۷/۱۳ می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است. برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد لذا از آزمون باکس استفاده گردید [برای پیش‌آزمون ( $F = 0.72, P = 0.94 > 0.05$ )، برای پس‌آزمون ( $Box's M = 13.22, P = 0.92 > 0.05$ )، برای مرحله پیگیری ( $F = 0.72, M = 13.22, P = 0.94 > 0.05$ )] محاسبه شد. میزان معناداری آزمون باکس از  $0.05$  بیشتر است لذا نتیجه گرفته شد که در ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، همگنی رد نشد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [نگرش‌های ناکارآمد؛  $F(1,112) = 2.229, P = 0.145 > 0.05$ ]

جدول ۳

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرها در دو گروه

منابع تغییرات	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
پس‌آزمون	۰/۴۶	۱۲/۲۶	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵
پیگیری	۰/۴۵	۱۱/۰۵	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹

حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

به منظور پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۵ درصد از کل واریانس‌های گروه نیمه‌آزمایشی و گواه در پس‌آزمون و ۷۹ درصد در مرحله پیگیری ناشی از اثر متغیر مستقل است. جدول ۳ صرفاً بیان می‌دارد که در یکی از

جدول ۴

نتایج آزمون کوواریانس چند متغیری برای نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی در مرحله پس‌آزمون

سطح معناداری	F	درجه آزادی			متغیر
		کل	خطا	گروه	
۰/۰۴۹	۰/۴۷۵	۲۹	۲۷	۱	نگرش‌های ناکارآمد
۰/۰۰۵	۱۷/۲۲۸	۲۹	۲۷	۱	افسردگی

پژوهش حاضر، آموزش ذهن‌آگاهی نگرش‌های ناکارآمد زنان سالمند را کاهش نداد. همچنین با توجه به جدول در متغیر افسردگی، فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره‌های افسردگی در دو گروه رد می‌شود. به عبارت دیگر میانگین افسردگی پس از اثر پیش‌آزمون در گروه آزمایش به‌طور معنادار کمتر از گروه گواه است؛ یعنی ذهن‌آگاهی علائم افسردگی زنان سالمند را کاهش می‌دهد.

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره‌های پس‌آزمون در دو گروه پس از حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون برای متغیر نگرش‌های ناکارآمد تأیید می‌شود. به عبارت دیگر میانگین نگرش‌های ناکارآمد بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار آماری ندارد؛ به این صورت می‌توان عنوان کرد که در

جدول ۵

نتایج آزمون کوواریانس چند متغیری برای افسردگی در مرحله پیگیری

سطح معناداری	F	درجه آزادی			متغیر
		کل	خطا	گروه	
۰/۰۰۵	۱۷/۰۰۳	۲۹	۲۷	۱	افسردگی

ناکارآمد نشد. این نتایج با پژوهش سانترولی (۲۰۱۱) همسو است. همچنین نتایج نشان داد که ذهن‌آگاهی موجب از بین رفتن کامل یا کاهش چشمگیری در نشانه‌های افسردگی شده است و اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم افسردگی در طول زمان دارای پایداری اثر بوده که نشان می‌دهد این روش درمانی مؤثر و قابل قبول است و می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این روش درمان در پیشگیری از عود افسردگی مؤثر خواهد بود. این نتایج نیز در راستای پژوهش‌های مکسول و داف (۲۰۱۶)، کریستوفر (۲۰۰۴)، بیشاپ (۲۰۰۴)، سانترولی (۲۰۱۱)، کاویانی (۱۳۸۴)، آذرگون (۱۳۸۹)، امیدی و همکاران (۱۳۸۷)، حمیدپور (۱۳۸۴)، کاویانی و همکاران (۱۳۸۷)، محمدخانی و

نتایج جدول ۵ نیز حاکی از آن است که آموزش ذهن‌آگاهی به‌طور معنی‌داری، بر علائم افسردگی ( $F_{(۱,۲۷)}=۱۷/۰۰۳$  و  $P=۰/۰۰۵$ ) در مرحله پیگیری اثر معنی‌دار داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی زنان سالمند انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که به‌کارگیری روش ذهن‌آگاهی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل که تنها تحت دارودرمانی بودند، موجب از بین رفتن کامل یا کاهش نگرش‌های

تازه‌تری برای تفکر و رفتار پیدا کنند. این عوامل می‌توانند تأثیر ذهن‌آگاهی بر افسردگی را تبیین کند.

همچنین در تبیین اثربخشی این روش آموزش بر کاهش افسردگی و سطوح مختلف آن، می‌توان گفت این روش درمانی، توانایی تمرکز توجه به لحظه حال و درعین حال باعث آگاه بودن نسبت به اهداف فردی می‌شود که جزء ملاک‌هایی است که بسیاری از روان‌شناسان انسان‌گرا برای توصیف افراد دارای کارکردهای کامل خودشکوفای مورد اشاره قرار داده‌اند. ذهن‌آگاهی در پژوهش حاضر، به این امر به خوبی تأکید دارد؛ توجه کردن به شیوه حضور ذهن شامل پرورش پاسخ‌دهی شفقت‌آمیز، غیر قضاوتی و مبتنی بر پذیرش و مشاهده رویدادها در لحظه حال در شرکت‌کنندگان پژوهش شد. افراد ترغیب شدند تجارب درونی و بیرونی خود را با حالتی گشوده و توأم با کنجکاوی مشاهده کنند و با استفاده از ذهنیتی جدید امور را همان‌گونه ببینند که هستند. همچنین توجه کردن به شیوهی غیر قضاوتی موجب شد تا ذهن‌آگاهی به‌جای این که بر ارزیابی تجارب هیجانی و شناختی افراد تأکید کند، این آموزش را بدهد تا به‌سادگی به مشاهده رویدادها بنشینند تا به عنوان راهبردهای مفید، برای تقویت و سازگار کردن اعمال رفتاری و شناختی آنان تلقی گردد.

این افزایش انعطاف‌پذیری شناختی موجب افزایش باز بودن ذهن فرد برای تجربه امور می‌شود. در تبیین اثربخشی ذهن‌آگاهی بر روی بیماران با سابقه افسردگی گفته شده که این شیوه به بیماران می‌آموزد (الف) محتواهای مخرب و الگوهای عادت‌ی ذهن را شناسایی کنند، (ب) این‌گونه اطلاعات را به شیوه‌ای غیر قضاوتی مورد پردازش قرار دهند تا توانایی‌شان برای انتخاب بین گزینه‌های مختلف تسهیل شود. این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوار فکری، بیش‌تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خود انتقادگرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری غیر قضاوتی محتواهای ذهنی را افزایش می‌دهد. بدین‌وسیله افرادی که در گذشته تجربه دوره‌های افسردگی را داشته‌اند کمتر تحت تأثیر نوسانات خلقی و بازفعال‌شدگی الگوهای مخرب افکار و احساسات قرار می‌گیرند که بالقوه می‌تواند، موجب به راه افتادن یک چرخه رو به پایین خلق افسرده شود.

همچنین ذهن‌آگاهی نوعی کنترل فرایند توجه است که

دایسون (۱۳۸۴) و ستارپور، احمدی و صادق زاده (۱۳۹۴) است.

اساساً حضور ذهن در نقش کنترل توجه عمل می‌کند و این قدرت را به مراجع می‌دهد که در جریان غرق شدن‌های ذهنی، دوباره خود را به جایی که غرق افکار شدن آغاز شده بود بازگرداند. پژوهش‌هایی که در جریان کارهای آزمایشگاهی انجام‌گرفته نشان داده که دست‌کاری توجه بدون اصلاح یا تغییر شناختی موجب تغییر خلق می‌شود. افزون بر این پایا جیوجو و واز (۲۰۰۴) در تحقیقی نشان داده‌اند که استفاده از شیوه‌هایی برای دست‌کاری و کنترل توجه در مسیر شنیداری در قالب تکنیک آموزش توجه، می‌تواند شدت نشانه‌های افسردگی و فراوانی نشخوار فکری را کاهش دهد. در حالی که نگرش‌های ناکارآمد به جنبه‌ی محتوایی ذهن اشاره دارند، نشخوار فکری در ارتباط با فرایندهای ذهنی است. پاسخ‌های نشخواری نوعی رفتار یا شناخت هستند که فرد را بر روی نشانه‌های افسردگی، علل و اثرات خلق افسرده که دامن‌گیر آن‌ها شده متمرکز می‌سازند (محمدخانی و دایسون، ۱۳۸۴).

حضور ذهن به عنوان حالت شناختی مؤثر و جایگزین نگرسته می‌شود، زیرا می‌تواند پاسخ‌های راجعه حالت‌های ناکارآمد ذهنی باشد. برخی از ویژگی‌های حضور ذهن که آن را در برابر حالت‌های ذهنی ناکارآمد قرار می‌دهند عبارت‌اند از: (۱) متمرکز شدن به لحظه حال (به‌جای پردازش اطلاعات مربوط به گذشته و آینده پردازش اطلاعات متمرکز به لحظه حال است)، (۲) معادل نگرفتن افکار با واقعیت‌ها (در نظر گرفته شدن افکار به عنوان رویدادهای ذهنی به‌جای بازنمایی‌های خالص از واقعیت) و (۳) غیر قضاوتی بودن: به‌جای قضاوت و ارزشیابی تجارب به‌عنوان خوب یا بد، آن‌ها صرفاً به‌عنوان یک تجربه در نظر گرفته می‌شود (ویلیامز، ۲۰۰۸، نقل از محمدخانی و دایسون، ۱۳۸۴).

وجود تفاوت در گروه آزمایش و گروه کنترل، پس از اجرای آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند بدین گونه تبیین شود که کاهش استرس بر اساس هشجاری (ذهن‌آگاهی)، در کاهش نگرش‌های ناکارآمد اثری نداشته اما در کاهش افسردگی به‌طور معنادار موثر بوده است. با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان گفت این روش موجب گردید که شرکت‌کنندگان معیارهای انعطاف‌پذیرانه‌ی ترس را برای قضاوت در مورد خودشان و دیگران داشته باشند و راه‌های



ارزشیابی را نشان می‌دهد. در حالت پذیرش، یک فکر تنها یک فکر و یک احساس یک احساس است، نه چیزی کمتر نه بیشتر. چنین نگرشی نسبت به امور مانع از شکل‌گیری پردازش‌های ثانویه‌ای مانند نگرانی یا امثال آن می‌شود و افراد بدون اجتناب با افکار، احساسات یا حس‌های بدنی مواجه می‌شوند و از حیث رفتاری این بازخورد در توسعه خوگیری و خاموشی پاسخ‌های اجتنابی نیز مؤثر واقع می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نمونه پژوهش حاضر را زنان سالخورده مبتلا به افسردگی شهر قزوین تشکیل می‌دهند که تعمیم نتایج به همه گروه‌ها را با اشکال مواجه می‌سازد. قابل ذکر است که هر دو گروه کنترل و آزمایش پژوهش حاضر تحت تأثیر دارو درمانی نیز قرار داشتند و کاهش علائم افسردگی زنان سالمند گروه آزمایش به وسیله آموزش ذهن‌آگاهی، می‌تواند به اهمیت این قبیل درمان‌ها در کنار دارو درمانی اشاره داشته باشد.

### سپاس‌گزاری

بدینوسیله از تمامی افرادی که در این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

امیدی، ع.، محمدخانی، پ.، دولتشاهی، پ.، و پورشهباز، ع. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری-شناختی بر نشانگان روان پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *فصلنامه علمی پژوهشی فیض*، ۱۱(۲)، ۲۷-۲۱.

آذرگون، ح.، و کجیاف، م. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. *مجله روانشناسی*، ۱۱(۱)، ۹۵-۸۰.

آذرگون، ح.، کجیاف، م.، مولوی، حسین، و عابدی، م. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *نشریه دانشور رفتار*، ۱۶(۳۴)، ۲۰-۱۳.

حمیدپور، ح. (۱۳۸۴). مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت‌درمانی تیزدل با شناخت‌درمانی بک در درمان افسرده‌خویی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۱(۲)، ۱۶۳-۱۵۰.

منجر به ایجاد آگاهی فراشناختی می‌شود. اول از همه توجه کردن نیازمند آگاه بودن از نقطه‌ای است که توجه در آن متمرکز شده است؛ یعنی بازبینی نقطه تمرکز توجه. در روان‌شناسی شناختی به بازبینی فرآیندهای فکری که در آن بازبینی نقطه تمرکز توجه نیز صورت می‌گیرد، فراشناخت گفته می‌شود. این بازبینی شرط لازم برای هدایت فعالانه توجه است اما همچنین ممکن است، به‌خودی‌خود مزایایی نیز داشته باشد. فرآیندهای فراشناختی اجازه توسعه نوعی حالت تمرکززدایی از افکار را فراهم می‌کنند. در این حالت افکار به‌جای اینکه ضرورتاً بازنمایی‌های مستقیمی از واقعیت تعبیر شود به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا ادراک می‌شوند. چنین حالتی منجر به ایجاد بینش فراشناختی می‌شود. یکی از مزایای چنین شیوه‌ای برای توجه کردن، ایجاد مفهومی انعطاف پذیرانه از خود و برقراری رابطه‌ای روان‌تر و سالم‌تر با محتواهای ذهن است (ایوانوسکی و مالهی، ۲۰۰۷).

در اصل، آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادت‌ی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش افسردگی کاهش می‌یابد (تیزدیل و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۸۴).

به طور کلی آموزش ذهن‌آگاهی موجب کاهش تفاوت بین خود واقعی و خود ایده‌آل در بیماران این پژوهش شد. به این شیوه به بیمار کمک شد تا کمتر درگیر بررسی تفاوت بین خود واقعی و ایده‌آل شود و اهداف ناسازگارانه و ناکارآمدی را رها کند. رها نکردن این اهداف ناسازگارانه به احتمال زیاد موجب به راه انداختن نشخوار فکری و مانع از انجام کار یا عملی بر اساس اهداف می‌شد و ذهن‌آگاهی راهی برای تسهیل ایجاد پذیرش در بیماران شد. پذیرش نوعی نگرش است و باورهای فرد در ارتباط تجارب درونی روانی شامل توانایی برابر تلقی نکردن افکار، احساسات یا حس‌های بدنی با بازنمایی‌های خالص از واقعیت‌ها و عدم تلاش برای دوری گزینی از تجارب درون روانی غیر نمادین به‌وسیله کارکردهای زبانی مانند قضاوت یا

- Beeverse, G., Miller, W., Keitner, I., & Pyan, C. (2003). Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 488-496.
- Bishop, S. T. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Mindfulness in medicine health care. Society Research Article, 4*(3), 2-23.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. & Cuijpers P. (2010). 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, 36* (68), 539-544.
- Cristopher, G. (2004). What is mindfulness? *Insight Journal, 12*(3), 24-29.
- Fresco, M., Heimberg, G., Abramwitz, A., & Berta, T. (2005). The effect of a negative mood priming challenge of dysfunctional attitudes explanatory style and explanatory flexibility. *The British Journal of Clinical Psychology, 45*(2), 167-183.
- Goldin, P. R. & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 25*(10), 83-91.
- Goldney, R. D., Fisher, I. J., Dal Grandy, E., & Taylor, A. W. (2004). Subsyndromal depression prevalence use of health services and quality of life in Australian population. *Social Psychiatric Epidemiology, 599*(4), 295-298.
- Graaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. (2009). Attitudes in the general population: The dysfunctional attitudes scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research, 33*(4), 345-355.
- Halvorsen, M., Wang, S. E., Eiseman, M., & Waterol, K. (2009). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schema as predictors of depression: A Year follow up study. *Journal of Cognitive Therapy and Research, 34*(4), 368-379.
- Ivanoski, B., & Malhi, G. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica, 19*(2), 76-91.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., سادوک، ب.، و سادوک، و. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی (ترجمه ف. رضاعی). تهران: انتشارات ارجمند. تاریخ انتشار به زبان اصلی، (۲۰۰۷)
- ستارپور، ف.، احمدی، ع.، و صادق زاده، س. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۷*(۳)، ۸۱-۸۸.
- عاقبتی، ا. (۱۳۸۵). اثربخشی شناختی رفتاری بر روابط بین فردی، اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد در دانشجویان (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران.
- کاوایانی، ح.، جواهری، ف.، و بحیرانی، ه. (۱۳۸۴). اثر بخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه. *تازه‌های علوم شناختی، ۱۷*(۱)، ۴۹-۵۹.
- کاوایانی، ح.، حاتمی، ن.، و شفیق آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثربخشی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). *تازه‌های علوم شناختی، ۱۰*(۴)، ۳۹-۴۸.
- کلارت، د.، و فربورن، ک. (۱۳۸۵). *درمان‌های شناختی رفتاری: دانش و روش‌های کاربردی رفتاردرمانی شناختی* (ترجمه ح. کاویانی). تهران: نشر کاویان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۷)
- محمدخانی، پ.، و دایسون، ک. اس. (۱۳۸۴). اثربخشی درمان ترکیبی (شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و رفتاردرمانی شناختی)، رفتاردرمانی شناختی نوین و درمان معمول در پیشگیری از عود افسردگی. *طرح پژوهشی مشترک دانشگاه علوم بهزیستی و دانشگاه کلگری.*
- مهری آدریانی، م.، مجدی نسب، ن.، و شرف‌الدین‌زاده، ن. (۱۳۹۲). رابطه افسردگی و استرس با کیفیت زندگی بیماران آلزایمری. *مجله روان‌شناسی اجتماعی، ۸*(۲۷)، ۴۳-۵۴.
- Barua, A., Ghosh, M. K., Kar, N., & Basilio, M. A. (2011). Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Annals of Saudi Medicine, 31*(6), 620-624.

- ... Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, Z., Pang, J., Gong, H., ... Zheng, X. (2016). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Research*, 243 (3), 87-91.
- Maxwell, L., & Duff, E. (2016). Mindfulness: An effective prescription for depression and anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(6), 403-409.
- Santorelli, S. F. (2011). Qualification and recommended guidelines for MBSR teachers mindfulness in medicine health care. *Society Research Article*, 12(4), 32-39.
- Segal, Z. V., Teasdel, J. D., & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford press.
- Teasdale, J. D. (1990). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behavior Research and Therapy*, 31(3), 339-345.
- Yohannes. A. (2016). Depression in survival following acute infection. *Journal of psychosomatic research*, 90(2), 82-96.