

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده

نرگس رحمانی^۱ و احمد منصوری^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلال داغ‌دیدگی پیچیده پایدار در دسته اختلال‌هایی قرار گرفته است که انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد آنها لازم است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده انجام گردید.

روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، تعداد ۲۴ نفر از زنان داغ‌دیده شهر نیشابور به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. سپس جلسات درمانی برای افراد گروه آزمایش، به صورت گروهی طی ۸ جلسه اجرا گردید؛ در حالی که چنین مداخله‌ای برای گروه کنترل صورت نگرفت. شرکت کنندگان مقیاس پاسخ نشخوارفکری (تری‌نور و همکاران، ۲۰۰۳) و رشد پس از سانحه (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶)، را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس.» و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوارفکری و بهبود رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر بسزایی در کاهش نشخوارفکری و بهبود رشد پس از سانحه زنان مبتلا به اختلال داغ‌دیدگی پیچیده پایدار دارد و درمانگران می‌توانند از این رویکرد درمانی جهت کاهش نشخوارفکری و بهبود رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلال داغ‌دیدگی پیچیده پایدار، رشد پس از سانحه، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نشخوارفکری.

*Email: Mansoury_am@yahoo.com

نشریه علمی

روانشناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۲۳-۳۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۱۸

مقاله پژوهشی

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 23-32

مقدمه

بحران‌های عمده زندگی تجربه می‌شوند [۶، ۸]. رشد پس از سانحه پس از داغ‌دیدگی وابسته به تغییراتی در عناصر معنوی و وجودی، خود ادراکی، ارزش زندگی، امکانات جدید و روابط بین فردی است [۶]. بریور و اسپارکز^۸ [۷] بیان کردند اگرچه بر اساس شواهد فزاینده موجود بسیاری از افراد می‌توانند پس از مواجهه با بدبختی‌ها رشد کنند، اما مهم این است که ایده افزایش رشد پس از سانحه را به عنوان یک هدف درمانی نه انکار رنج و پریشانی تجربه شده توسط افراد تشخیص دهیم.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد عوامل متعددی از جمله نشخوارفکری با رشد پس از سانحه [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴] و داغ‌دیدگی [۱۱، ۱۵] رابطه دارند. نشخوارفکری به عنوان حالت خلقی افراد در پاسخ به پریشانی تعریف شده است و شامل تمرکز مکرر و منفعل بر علایم پریشان‌کننده علل و پیامدهای این علایم می‌باشد [۱۶]. همچنین با اختلال‌ها و مشکلات روانشناختی متعددی مثل افسردگی، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، وسواس-اجبار، اسکیزوتیپی رابطه دارد [۱۷، ۱۸]. نشخوارفکری آشفتگی و بویژه افسردگی را بواسطه افزایش تفکر منفی، حل مسئله ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد [۱۶]. در مدل تدسچی و کالهنون [۶] نیز فرض شده است که نشخوارفکری نقش مهمی در تلاش برای اصلاح یا بازسازی مجدد سیستم باور افراد پس از داغ‌دیدگی دارد. بعلاوه، نشخوارفکری می‌تواند سبب تداوم افکار و هیجان‌های منفی یا سوق دادن افراد به سمت مسئله‌گشایی یا یافتن معنی شود.

رویکردهای آموزشی و درمانی مثل رفتار درمانی دیالکتیکی [۵]، حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد [۱۹] و درمان شناختی رفتاری [۲۰] برای درمان افراد مبتلا به اختلال داغ‌دیدگی پیچیده پایدار استفاده شده است. از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهد که افراد در چارچوب فرهنگ و دین خود به فقدان واکنش نشان می‌دهند [۲۱]. از این‌رو، ذهن آگاهی و انواع آن به-خصوص شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۹ یکی از رویکردهای درمانی دیگری است که می‌تواند در درمان اختلال داغ‌دیدگی پیچیده پایدار و عوامل مرتبط با آن از جمله نشخوارفکری و رشد پس از سانحه بکار گرفته شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مداخله‌ی جدید،

داغ‌دیدگی یکی از تجربه‌های دشوار اما معمول زندگی است که اکثر افراد به‌گونه موفقیت‌آمیزی با آن سازگار می‌شوند [۱]. داغ‌دیدگی طبیعی بلافاصله یا چند ماه پس از فقدان آغاز می‌شود [۲]. با وجود این، طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ [۳] تشخیص اختلال داغ‌دیدگی پیچیده پایدار^۲ در صورتی گذاشته می‌شود که حداقل ۱۲ ماه (۶ ماه در مورد کودکان) از زمان مرگ گذشته باشد. بعلاوه، واکنش فرد با هنجارهای فرهنگی، مذهبی و وضعیت سنی ناهمخوان است. برخی از نشانه‌ها و علایم معمول این اختلال شامل اشتیاق پایدار برای فرد از دست رفته، اندوه شدید و رنج هیجانی در پاسخ به مرگ، اشتغال ذهنی با فرد و شرایط مرگ فرد از دست رفته، دشواری در پذیرش مرگ، عدم باور یا کرختی هیجانی در مورد فقدان، اجتناب از یادآورهای فقدان، میل به مرگ جهت پیوستن به فرد از دست رفته، بی‌اعتمادی نسبت به دیگران و احساس بی‌معنی بودن و پوچی زندگی بدون فرد از دست رفته می‌باشد [۳]. این نشانه‌ها و علایم به عنوان سوگ آسیب‌زا^۳، سوگ بغرنج^۴ و اختلال سوگ طولانی مدت^۵ نیز نامیده شده‌اند [۴]. شیوع اختلال داغ‌دیدگی پیچیده ۲/۴ تا ۴/۸ درصد گزارش شده است و در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد [۳].

اختلال داغ‌دیدگی پیچیده با پیامدهای بهداشتی، اجتماعی، شغلی و روانشناختی متنوعی از جمله افکار خودکشی، افزایش مصرف الکل و تنباکو، بیماری قلبی، فشارخون، سرطان، نقایص ایمنولوژیک و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است [۳، ۵]. با وجود این، شواهد موجود نشان می‌دهد که مقابله با داغ‌دیدگی در برخی از افراد می‌تواند منجر به تغییرات مثبتی از جمله رشد پس از سانحه^۶ شود [۶]. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که در برخی شرایط افراد جوان داغ‌دیدگی می‌توانند تغییرات مثبت یا رشد پس از سانحه را پس از مرگ والدشان تجربه کنند [۷]. اصطلاح رشد پس از سانحه اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط تدسچی و کالهنون^۷ و به تغییرات روان‌شناختی مثبتی اشاره دارد که در نتیجه مبارزه با شرایط بسیار چالش‌زا یا

¹ The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

² persistent complex bereavement disorder

³ traumatic grief

⁴ complicated grief

⁵ prolonged grief disorder

⁶ posttraumatic growth

⁷ Tedeschi & Calhoun

⁸ Brewer & Sparkes

⁹ Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: این پژوهش شامل کلیه زنان داغ‌دیده مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر نیشابور بود. (ب) نمونه پژوهش: نمونه مورد بررسی شامل ۲۴ نفر از زنان داغ‌دیده مراجعه کننده به مراکز مشاوره (مهر، ذهن- آگاه، مرکز مشاوره دانشگاه آزاد واحد نیشابور) شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶ بود، که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به آنها بود. معیار ورود شرکت‌کنندگان به نمونه مورد بررسی داشتن سابقه فقدان، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و رضایت آگاهانه آنها بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه در درمان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی دیگر و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری در پژوهش بود.

ابزارهای پژوهش

(۱) مقیاس پاسخ نشخوارفکری: این مقیاس توسط تری‌نور، گنزالس و نالن-هوکسما [۳۰] تدوین شده است. این مقیاس، ابزاری ۱۰ ماده‌ای و از نوع لیکرت چهاردرجه‌ای است که در دامنه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. آنها با تحلیل مؤلفه‌های اصلی این مقیاس، ساختاری متشکل از دو مؤلفه در فکر فرو رفتن و تعمق را گزارش کردند. همچنین، اعتبار این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن را، یعنی در فکر فرو رفتن و تعمق، به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ گزارش کردند. منصوری و همکاران [۱۷] اعتبار این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن را به روش همسانی درونی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۲ گزارش کردند.

(۲) پرسشنامه رشد پس از سانحه: ابزاری ۲۱ ماده‌ای است که توسط تدسچی و کالهنون [۳۱] برای اندازه‌گیری رشد پس از سانحه طراحی شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که بر اساس یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای در دامنه‌ای از ۰ (هیچ تغییری را تجربه نکرده‌ام) تا ۵ (تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده‌ام) نمره‌گذاری می‌شود.

نظریه محور و روانشناختی است که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل^۱ در سال ۲۰۰۲ و بواسطه ترکیب مولفه‌های درمان شناختی رفتاری یک^۲ و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس کابات‌زین^۳ طراحی شده است [۲۲]. در این رویکرد به جای تاکید بر محتوای افکار بر آگاهی و تغییر رابطه افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی تاکید می‌شود [۲۲، ۲۳]. این رویکرد در ابتدا برای پیشگیری از عود در افراد مبتلا به افسردگی عودکننده^۴ مطرح شده است، اما امروزه در مورد اختلال‌های روانشناختی متفاوتی استفاده می‌شود [۲۳].

این روش شامل مجموعه‌ای از تمرین‌های مراقبه از جمله تمرین وارسی بدنی، مراقبه‌های نشسته و ایستاده، حرکت به شیوه ذهن آگاهی، سه دقیقه فضای تنفس و متمرکز کردن آگاهی بر اینجا و اکنون و همچنین فعالیت‌های روزمره می‌باشد. همچنین شامل تکنیک‌هایی از شناخت درمانی و آموزش روانی می‌باشد [۲۳]. اثربخشی این روش درمانی بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس، نشخوارفکری و همچنین افزایش بهزیستی روانشناختی و امیدواری گروه‌های مختلف از جمله افراد مبتلا به افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی همایند، سرطان، مولتیپل اسکلروزیس و صرع تایید شده است [۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸]. نوروزی، رحیمیان بوگر و طالع‌پسند [۲۹] نیز نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رشد پس از سانحه افراد مبتلا به سرطان سینه موثر است. با وجود این، علیرغم شیوع و پیامدهای نامطلوب اختلال داغ‌دیدگی پیچیده، درمان این اختلال در مراحل ابتدایی قرار دارد [۵]. در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۳] نیز اختلال داغ‌دیدگی پیچیده در دسته اختلال‌هایی قرار گرفته است که انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد آنها لازم است. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده انجام گردید. با توجه به این هدف، فرضیه اصلی این پژوهش بدین صورت مطرح گردید: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثر معنی‌داری بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده دارد.

روش

نوع پژوهش

¹ Segal, Williams & Teasdale

² Beck

³ Kabat-Zinn

⁴ recurrent depression

نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.

جلسه ششم: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها. تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی روزانه بدون قضاوت در مورد آنها، مراقبه نشسته، واریسی بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن-آگاهی رویدادی ناخوشایند.

جلسه هفتم: مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و احساس‌ها. تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای انجام بعد از اتمام دوره.

جلسه هشتم: مراقبه واریسی جسمانی، جمع‌بندی جلسات آموزشی، دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب گذشته، توصیه به برنامه‌ریزی روزانه برای فعالیت‌ها، استفاده از فنون ذهن‌آگاهانه (پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه، موسیقی ذهن‌آگاهانه، غذا خوردن ذهن‌آگاهانه و...) در زندگی و تعمیم آن به کل جریان زندگی.

شیوه انجام پژوهش

پس از هماهنگی با زنان داغ‌دیده با استفاده از مقیاس پاسخ‌نشخوارفکری و پرسشنامه رشد پس از سانحه از آنها پیش‌آزمون به‌عمل آمد. پس از آن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی [۳۳] در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت گروهی و هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش حاضر به‌کمک نرم افزار آماری «اس پی اس اس» نسخه ۲۴ و با استفاده از شاخص‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

نتایج

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان ارایه شده است.

دامنه نمره‌ها بین ۰ تا ۱۰۵ می‌باشد و نمره بیشتر نشان‌دهنده رشد بیشتر می‌باشد. فرم اصلی پرسشنامه متشکل از پنج خرده مقیاس:

(۱) رابطه با دیگران،

(۲) امکانات جدید،

(۳) قدرت فردی،

(۴) تغییرات معنوی و

(۵) ارزش زندگی می‌باشد.

در مطالعه تدسچی و کالهن [۳۱] اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ برآورد شده است. اعتبار نسخه فارسی آن به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی (به فاصله یک هفته) ۰/۹۲ و ۰/۹۴ گزارش شده است [۳۲].

(۳) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اساس رویکرد سگال [۳۳] به شرح زیر تدوین و اجرا گردید.

جلسه اول: خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، شرح اهداف و قوانین گروه از جمله عدم غیبت، شرکت به موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، آموزش روانی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، تمرین خوردن کشمش با ذهن‌آگاهی، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار و تمرین واریسی بدن. جلسه دوم: تمرین واریسی بدن، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکز زدایی از افکار و فرضیه‌های ذهنی با گذاشتن برچسب فرضیه روی آنها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه.

جلسه سوم: ذهن‌آگاهی بر روی تنفس، حرکت به شیوه ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه ذهن‌آگاهی و تمرین سه دقیقه‌ای تنفس.

جلسه چهارم: بودن در زمان حال، پنج دقیقه ذهن-آگاهی دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت ذهن‌آگاهی، تکلیف خانگی: مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه-ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای در هنگام تجربه احساسات ناخوشایند.

جلسه پنجم: پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی از چگونگی پاسخ در برابر افکار، احساس‌ها و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه

جدول ۱. داده‌های جمعیت‌شناختی مربوط به افراد گروه آزمایش و کنترل

گروه	سن		تحصیلات			طبقه اجتماعی			وضعیت شغلی	
	میانگین	انحراف معیار	راهنمایی	دیپلم	کارشناسی	پایین	متوسط به پایین	متوسط به بالا	شاغل	بیکار
آزمایش	۳۱/۸۳	۴/۱۷	۱	۹	۲	۰	۳	۸	۲	۱۰
کنترل	۳۶/۱۷	۷/۷۹	۱	۶	۵	۲	۳	۶	۳	۹
کل	۳۴	۶/۵۰	۲	۱۵	۷	۲	۶	۱۴	۵	۱۹

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین سن گروه آزمایش، کنترل و کل شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر ۳۱/۸۳، ۳۶/۱۷ و ۳۴ می‌باشد. به علاوه، نتایج آزمون t نمونه‌های مستقل حاکی از آن است که بین میانگین سنی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($t=-۱/۶۹$ ، $df=۲۲$ ، $P>۰/۰۵$).

نتایج آزمون χ^2 دو نشان داد که بین دو گروه در تحصیلات ($\chi^2=۰/۳۹$ ، $P>۰/۰۵$)، طبقه اجتماعی ($\chi^2=۰/۵۲$ ، $P>۰/۰۵$) و وضعیت شغلی ($\chi^2=۰/۰۶۲$ ، $P>۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود ندارد. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار مربوط به نمره های شرکت‌کنندگان ارایه شده است.

نتایج جدول ۲ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمره‌های نشخوارفکری و رشد پس از سانحه و مؤلفه‌های آن‌ها

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمره‌های نشخوارفکری و رشد پس از سانحه و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر	مرحله اندازه‌گیری	گروه	میانگین	انحراف معیار	متغیر	مرحله اندازه‌گیری	گروه	میانگین	انحراف معیار
نمره کل نشخوارفکری	پیش آزمون	آزمایش	۲۸/۵۰	۶/۴۰	امکانات جدید	پیش آزمون	آزمایش	۲۳/۳۳	۴/۷۷
		کنترل	۲۵/۱۶	۴/۲۳			کنترل	۲۵/۵۸	۲/۸۷
	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۳۳	۴/۷۷	قدرت فردی	پس آزمون	آزمایش	۱۰/۵۸	۲/۶۰
		کنترل	۲۵/۵۸	۲/۸۷			کنترل	۱۱/۵۸	۲/۳۱
تعمق	پیش آزمون	آزمایش	۱۳/۴۱	۳/۳۱	تغییرات معنوی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۰۸	۳/۵۷
		کنترل	۱۱/۷۵	۳/۱۰			کنترل	۱۳/۴۱	۱/۸۳
	پس آزمون	آزمایش	۱۰/۵۸	۲/۶۰	ارزش زندگی	پس آزمون	آزمایش	۷/۴۲	۷/۶۹
		کنترل	۱۱/۵۸	۲/۳۱			کنترل	۶۵/۳۳	۸/۷۱
در فکر فرو رفتن	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۰۸	۳/۵۷	امکانات جدید	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۰۸	۵/۵۶
		کنترل	۱۳/۴۱	۱/۸۳			کنترل	۱۷/۹۱	۵/۲۶
	پس آزمون	آزمایش	۱۲/۷۵	۲/۸۰	رابطه با دیگران	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۲۵	۴/۲۰
		کنترل	۱۴	۲/۰۸			کنترل	۱۷/۴۱	۶/۱۱
نمره کل رشد پس از سانحه	پیش آزمون	آزمایش	۶۳/۲۵	۱۲/۱۷	ارزش زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۷/۴۲	۷/۶۹
		کنترل	۶۵/۳۳	۱۲/۰۱			کنترل	۶۵	۸/۷۱
	پس آزمون	آزمایش	۷۶/۹۱	۷/۴۲	رابطه با دیگران	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۲۵	۴/۲۰
		کنترل	۶۵	۸/۷۱			کنترل	۱۷/۴۱	۶/۱۱
رابطه با دیگران	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۰۸	۵/۵۶	امکانات جدید	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۶۶	۳/۸۹
		کنترل	۱۷/۹۱	۵/۲۶			کنترل	۱۶/۶۶	۴/۲۴
	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۲۵	۴/۲۰	رابطه با دیگران	پس آزمون	آزمایش	۱۹	۲/۵۵
		کنترل	۱۷/۴۱	۶/۱۱			کنترل	۱۷/۰۸	۱/۷۸

در پژوهش حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تعیین معنی‌داری تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. با وجود این، ابتدا برای بررسی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس متغیرها، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون شاپیرو-ویلک، لون و باکس استفاده گردید. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که متغیرهای پژوهش دارای توزیع طبیعی می‌باشند ($P>۰/۰۱$). معنی‌داری آماری این شاخص به‌طور آسانی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ بیانگر تخطی از نرمال بودن تک‌متغیری است [۳۴].

نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند ($P>۰/۰۵$). نتایج نشان داد که سطح معناداری مربوط به آزمون باکس بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون لامبدای ویلکز^۱ مربوط به اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده نشان داد که اثر کلی گروه معنی‌دار است ($F=۷/۲۶$ ، $P<۰/۰۵$). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره ارایه شده است.

نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند ($P>۰/۰۵$). نتایج نشان داد که سطح معناداری مربوط به آزمون باکس بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون لامبدای ویلکز^۱ مربوط به اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده نشان داد که اثر کلی گروه معنی‌دار است ($F=۷/۲۶$ ، $P<۰/۰۵$). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره ارایه شده است.

^۱ Wilks' Lambda

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا		
							گروه	خطا
نشخوار فکری	۱۱۲/۴۳	۱	۱۱۲/۴۳	۲۴/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	گروه	
	۹۲/۸۲	۲۰	۴/۶۴				خطا	
رشد پس از سانحه	۹۰/۸/۱۴	۱	۹۰/۸/۱۴	۴۸/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	گروه	
	۳۷۵/۹۲	۲۰	۱۸/۷۹				خطا	

میزان تأثیر این مداخله بر نشخوار فکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده به ترتیب برابر ۰/۷۰ و ۰/۵۴ می‌باشد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز مربوط به اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های نشخوارفکری (تعمق و در فکر فرو رفتن) زنان داغ‌دیده نشان داد که اثر کلی گروه معنی‌دار است ($F=7/26, P<0/05$). از این‌رو، بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های نشخوار فکری تفاوت معنی‌دار وجود دارد (جدول ۴)

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس آزمون دو گروه برای متغیر نشخوار فکری معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر نشخوار فکری نیز به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($F=0/54$)=مجذور اتا، ($F=24/22, P<0/05$). همچنین، نمره‌های گروه آزمایش در متغیر رشد پس از سانحه به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است ($F=48/31, P<0/05$)=مجذور اتا، ($F=48/31, P<0/05$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های نشخوار فکری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا		
							گروه	خطا
تعمق	۱۹/۷۰	۱	۱۹/۷۰	۴/۸۴	۰/۰۴	۰/۱۹	گروه	
	۸۱/۴۰	۲۰	۴/۰۷				خطا	
در فکر فرو رفتن	۲۷/۷۹	۱	۲۷/۷۹	۹/۱۲	۰/۰۰۷	۰/۳۱	گروه	
	۶۰/۸۹	۲۰	۳/۰۴				خطا	

نتایج آزمون لامبدای ویلکز مربوط به اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های رشد پس از سانحه (رابطه با دیگران، امکانات جدید، قدرت فردی، تغییرات معنوی و ارزش زندگی) زنان داغ‌دیده نشان داد که اثر کلی گروه معنی‌دار است ($F=10/02, P<0/05$). از این‌رو، بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های رشد پس از سانحه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۵ ارائه شده است.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های تعمق و در فکر فرو رفتن وجود دارد و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در بعد تعمق معنی‌دار است ($F=4/84, P<0/05$) و در فکر فرو رفتن ($F=9/12, P<0/05$) به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. میزان تأثیر این مداخله بر مؤلفه‌های تعمق و در فکر فرو رفتن به ترتیب برابر ۰/۱۹ و ۰/۳۱ بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های رشد پس از سانحه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا		
							گروه	خطا
رابطه با دیگران	۱۱۳/۲۴	۱	۱۱۳/۲۴	۱۲/۰۸	۰/۰۰۳	۰/۴۱	گروه	
	۱۵۹/۲۹	۱۷	۹/۳۷				خطا	
امکانات جدید	۳۳/۱۰	۱	۳۳/۱۰	۸/۴۸	۰/۰۱	۰/۳۳	گروه	
	۶۶/۳۵	۱۷	۳/۹۰				خطا	
قدرت فردی	۲۴/۷۳	۱	۲۴/۷۳	۲۰/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	گروه	
	۲۰/۹۵	۱۷	۱/۲۳				خطا	
تغییرات معنوی	۱/۷۲	۱	۱/۷۲	۰/۹۶	۰/۳۳	۰/۰۵	گروه	
	۳۰/۴۱	۱۷	۱/۷۷				خطا	
ارزش زندگی	۸/۳۵	۱	۸/۳۵	۳/۶۲	۰/۰۷	۰/۱۷	گروه	
	۳۹/۱۹	۱۷	۲/۳۰				خطا	

آگاهی فراشناختی بواسطه ترغیب افراد به اتخاذ یک روش متمایز بودن می‌باشد. مکانیزم دیگر، افزایش توانایی گسترش عمدی توجه می‌باشد؛ عاملی که به افراد اجازه پاسخ‌های شناختی و رفتاری انعطاف پذیرتر را می‌دهد. این رویکرد درمانی همچنین می‌تواند کنترل توجه و تنظیم عاطفه را از طریق افزایش ظرفیت حافظه فعال بهبود دهد. ذهن آگاهی همچنین می‌تواند از طریق پرورش آگاهی غیرقضاوتی از لحظه حال، چرخه نشخوارفکری درباره پشیمانی‌های گذشته یا ترس‌های آینده را قطع و خودشفقتی را افزایش دهد [۲۳]. کیسا و سرتی^۲ [۳۶] نیز با بررسی ادبیات پژوهش بیان کردند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و خودشفقتی را افزایش دهند و در مقابل نشخوارفکری و اجتناب تجربه‌ای را کاهش دهند. در مجموع، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فرایندهایی از جمله اجتناب از هیجان‌های منفی و اشتغال به افکار غیرانطباقی و نشخوارفکری را هدف قرار می‌دهد [۳۵].

با توجه به آنچه ذکر شد می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بواسطه مجموعه‌ای از تمرین‌های مراقبه از جمله تمرین واری بدن، مراقبه‌های نشسته و ایستاده، حرکت به شیوه ذهن آگاهی، سه دقیقه فضای تنفس و متمرکز کردن آگاهی بر اینجا و اکنون و مجموعه‌ای از تکنیک‌های شناختی از جمله بازسازی شناختی و آموزش روانی به زنان داغ‌دیده کمک می‌کند تا روش جدیدی را برای بودن در شرایط دردناک و چالش برانگیز در پیش گیرند؛ روشی که بوسیله افزایش آگاهی فراشناختی یا توجه بر شناخت و پذیرش تجربه‌های منفی لحظه حال مشخص می‌شود [۲۳]. در تمرین‌های ذهن آگاهی مراجعان در مورد رابطه بین افکار، حس‌های بدنی و احساسات‌شان آگاهی پیدا می‌کنند. همچنین، یاد می‌گیرند به جای اجتناب تجربه‌ای یا اشتغال ذهنی با افکار، حس‌های بدنی و احساسات آنها را بپذیرند. از سوی دیگر، با افزایش آگاهی‌های غیرقضاوتی از لحظه حال و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت سبب کاهش نشخوارفکری زنان داغ‌دیده می‌شوند. این تمرین‌ها همچنین سبب افزایش خود شفقتی افراد می‌شوند [۲۲، ۲۳، ۳۵، ۳۶]. در نهایت، تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند بواسطه بازسازی شناختی و ایجاد بینش جدید، کاهش نشخوارفکری، افزایش حمایت در درون گروه، صحبت در مورد تجارب و خاطرات ناخوشایند خود، کار بر روی

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مؤلفه از مؤلفه‌های رشد پس از سانحه یعنی رابطه با دیگران، امکانات جدید و قدرت فردی وجود دارد و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در بعد رابطه با دیگران ($F=0/41$ ، مجذور اتا، $P<0/05$)، امکانات جدید ($F=0/33$ ، مجذور اتا، $P<0/05$) و قدرت فردی ($F=0/54$ ، مجذور اتا، $P<0/05$) به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. با این وجود، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در بعد تغییرات معنوی و ارزش زندگی وجود ندارد ($P>0/05$). میزان تأثیر این مداخله بر مؤلفه‌های رابطه با دیگران، امکانات جدید، قدرت فردی به ترتیب برابر $0/41$ ، $0/33$ و $0/54$ بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این رویکرد درمانی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده مؤثر است. به عبارت دیگر، زنانی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند کاهش بیشتر نشخوارفکری و افزایش بیشتر رشد پس از سانحه را گزارش کردند. اگرچه پژوهشی که مستقیماً اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده بررسی کند، مشاهده نگردید. با این وجود، محمدپور و همکاران [۲۴] و قدم‌پور و همکاران [۲۸] به ترتیب دریافتند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری زنان باردار مبتلا به افسردگی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی همابند اثر دارد. همچنین، نوروزی و همکاران [۲۹] نشان دادند که این رویکرد درمانی بر رشد پس از سانحه افراد مبتلا به سرطان سینه مؤثر است. از این‌رو نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های قبلی [۲۴، ۲۸، ۲۹] نشان داد که این رویکرد درمانی اثر معناداری بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه افراد مبتلا به اختلال‌های روانشناختی و جسمی دارد.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که پژوهش‌های انجام شده در مورد مکانیزم‌های عمل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مراحل ابتدایی هستند [۳۵]. سایپ و ایزندرث^۱ [۲۳] با بررسی ادبیات پژوهش بیان کردند که یکی از مکانیزم‌های این رویکرد درمانی افزایش

² Chiesa & Serretti

¹ Sipe & Eisendrath

- 6- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Cann, A., & Hanks, E.A. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1&2), pp. 125-143.
- 7- Brewer, J., & Sparkes, A.C. (2011). Parentally bereaved children and posttraumatic growth: Insights from an ethnographic study of a UK childhood bereavement service. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying*, 16(3), pp. 204-222.
- 8- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 15(1), pp. 1-18.
- 9- Lindstrom, C.M., Cann, A., Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), pp. 50-55.
- 10- Zhou, X., & Wu, X. (2016). The relationship between rumination, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among Chinese adolescents after earthquake: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 193, pp. 242-248.
- 11- Hirooka, K., Fukahori, H., Taku, K., Togari, T., & Ogawa, A. (In Press). Quality of death, rumination and posttraumatic growth among bereaved family members of cancer patients in home palliative care. *Psycho-Oncology*.
- 12- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), pp. 158-164.
- 13- Soo, H., & Sherman, K.A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 24(1), pp. 70-79.
- 14- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., & Solomon, D.T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 15(3), pp. 151-166.
- 15- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., van den Bout, J., Boelen, P. A., & Stroebe, W. (2014). Development and psychometric evaluation of the Utrecht Grief Rumination Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(1), pp. 165-176.

پیشانی هیجانی، حس هدف و معنا پس از تجربه فقدان سبب افزایش رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده می‌شوند. [۸]

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده مؤثر است. بنابراین، با توجه به تاثیر داغ‌دیدی بر کارکردهای مختلف افراد داغ‌دیده و اهمیت رشد پس از سانحه، روان‌درمان‌گران، مشاوران و سایر متخصصان حوزه بهداشت روان می‌توانند نقش و اثر این شیوه درمانی را در کاهش نشخوارفکری و افزایش رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده در نظر بگیرند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم انجام آزمون پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثر مداخله درمانی بود. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دوره‌های پیگیری جهت بررسی ماندگاری این اثر استفاده شود. بعلاوه، این پژوهش به صورت مقطعی در مورد گروهی از زنان داغ‌دیده انجام گردیده است، از این‌رو پژوهش‌های طولی می‌توانند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازند.

منابع

- 1- Cozza, S.J., Fisher, J.E., Mauro, C., Zhou, J., Ortiz, C.D., Skritskaya, N., Wall, M.M., Fullerton, C.S., Ursano, R.J., & Shear, M.K. (2016). Performance of DSM-5 persistent complex bereavement disorder criteria in a community sample of bereaved military family members. *The American Journal of Psychiatry*, 173(9), pp. 919-929.
- 2- Sadock, B.J. Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. New York: Wolters Kluwer.
- 3- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 4- Lai, C., Luciani, M., Galli, F., Morelli, M., Moriconi, F., Penco, I., Aceto, P., & Lombardo, L. (2017). Persistent complex bereavement disorder in caregivers of terminally ill patients undergoing supportive-expressive treatment: A pilot study. *Journal of Mental Health*, 26(2), pp. 111-118.
- 5- Barrett, J.J., Tolle, K.A., & Salsman, N.L. (2017). Dialectical behavior therapy skills training for persistent complex bereavement disorder. *Clinical Case Studies*, 16(5), pp. 1-13.

- ۲۶- ولیدی پاک، آذر؛ خدایی، علی و شیخله، شجاع. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناختی بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۴ (۱۲)، صص. ۵۷-۴۹.
- ۲۷- محمدپور، سمانه؛ شاهي، مرجان و تاجیک‌زاده فخری. (زیر چاپ). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی، امیدواری و خودارزشیابی مرکزی بیماران مبتلا به صرع. روانشناسی بالینی و شخصیت.
- ۲۸- قدم‌پور، عزت‌اله؛ رادمهر، پروانه و یوسف‌وند، لیلا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب شناختی-رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی. افق دانش، ۲۳ (۲)، صص. ۱۴۸-۱۴۱.
- 29- Norouzi, H., Rahimian-Boogar, I., & Talepasand, S. (2017). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on posttraumatic growth, self-management and functional disability among patients with breast cancer. *Nursing Practice Today*, 4(4), 190-202.
- 30- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), pp. 247-259.
- 31- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), pp. 455-471.
- ۳۲- سیدمحمودی، سیدجواد؛ رحیمی، چنگیز و محمدی‌جابر، نورالله. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رشد سانحه (PTGI). روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳ (۱۲)، صص. ۹۳-۱۰۸.
- 33- Segal, Z.V., Teasdale, J.D., & Williams, J.M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- ۳۴- میرزا، لاورنس؛ گامست، گلن و گارینو، جی. (۲۰۰۶). پژوهش چند متغیری کاربردی. ترجمه حسن پاشاشریفی و همکاران (۱۳۹۱). تهران: انتشارات رشد.
- 35- Pots, W.T., Meulenbeek, P.A., Veehof, M.M., Klungers, J., & Bohlmeijer, E.T. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 9(10), pp. e109789.
- 16- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), pp. 400-424.
- ۱۷- منصوری، احمد، منصوری، محمود، و منصوری، نسیمیه. (۱۳۹۳). رابطه بین اسکیزوتایپی و علایم افسردگی با توجه به نقش میانجی نشخوارفکری. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۲۱ (۱۱)، صص. ۹۹-۱۰۸.
- ۱۸- منصوری، احمد؛ فرنام، علیرضا؛ بخشی‌پور رودسری، عباس و محمود علیلو، مجید. (۱۳۹۰). مقایسه نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس-اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۷ (۳)، صص. ۱۸۹-۱۹۵.
- 19- Yasar, A.B., Abamor, A.E., Usta, F.D., Erdogan Taycan, S., & Zengin Eroglu, M. (2017). A case study: Effects of EMDR therapy on a patient with persistent complex bereavement disorder (PCBD). *European Psychiatry*, 41(Supplement), pp. S728.
- 20- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). *Clinical Psychology Review*, 31(1), pp. 69-78.
- 21- Malkinson, R. (2010). Cognitive-behavioral grief therapy: The ABC model of rational-emotion behavior therapy. *Psihologijske teme*, 19(2), pp. 289-305.
- 22- Segal, Z.V., Teasdale, J.D., & Williams, J.M.G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). New York: Guilford Press.
- 23- Sipe, W.E., Eisendrath, S.J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: Theory and practice. *Canadian journal of psychiatry*, 57(2), pp. 63-69.
- ۲۴- محمدپور، سمانه؛ تاجیک‌زاده، فخری و محمدی، نورالله. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۶ (۱)، صص. ۱۸۷-۱۹۸.
- ۲۵- فرهادی، مریم و پسندیده، محمد مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۵ (۲)، صص. ۱۵-۷.

- 36- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), pp. 441-453.