

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال دهم، شماره ۴ (۳۲)، زمستان ۱۳۹۸

صص ۱۲-۱

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.209576.1306

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر دارای اختلال افسردگی

به‌نوش نیکخواه*

رقیه حقانی**

شادی آقاعلی طاری**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر دارای اختلال افسردگی بود. مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال افسردگی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. در این پژوهش، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دختر مبتلا به اختلال افسردگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه کنترل). گروه آزمایش مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) را طی دو ماه در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه‌های افسردگی (DS)، کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI) و افکار خودآیند منفی (QNS) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی ($p < 0/0001$) و مشکلات خواب ($p < 0/0001$) دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی تأثیر معنادار دارد. یافته‌های پژوهش حاضر، بیانگر آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با بهره‌گیری از فنونی مانند افکار، هیجانات و رفتار آگاهانه، می‌تواند به‌عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افکار خودآیند منفی، مشکلات خواب، اختلال افسردگی

مقدمه

یکی از اختلالات رایج حاد، روان‌شناختی افسردگی^۱ است که در بین دانش‌آموزان نیز وجود داشته و آن‌ها را با دشواری‌های مختلفی مواجه می‌سازد (ریاحی، ایزدی مزیدی، تشکری و منصوری، ۱۳۹۶؛ مامان و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال با احساس یأس و ناامیدی، ناراحتی، فقدان هرگونه انگیزه و امید، کاهش سطح اعتمادبه‌نفس و بدبینی همراه است (شکوهِ‌یکتا، اکبری زردخانه، عطاری و مهدوی، ۱۳۹۸). برای تشخیص اختلال افسردگی، بر طبق نظر انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲؛ به نقل از گنجی، (۱۳۹۲) پنج نشانه یا بیشتر باید در قسمت اعظم روز، تقریباً همه روزه به مدت حداقل دو هفته متوالی دوام داشته و اختلال قابل‌ملاحظه بالینی را در زمینه‌های اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های کارکردی ایجاد کند. افراد مبتلا به این اختلال با دوره‌هایی از گریه، تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت‌های حرکتی، انرژی، احساس بی‌ارزشی با گناه، اشکال در تمرکز، تفکر یا تصمیم‌گیری یا افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی دست به‌گریبان هستند.

افراد با اختلال افسردگی، معمولاً دارای مشکلات خواب^۳ نیز هستند (گاپتا، ساگار و مهتا، ۲۰۱۹). چنان‌که نتایج پژوهش سئو، کیم، یانگ و هانگ (۲۰۱۷) نشان داده است که بین ۱۴ تا ۲۷ درصد از نوجوانان با اختلال افسردگی، دارای مشکلاتی در فرایند خواب هستند. خواب، اساس فرآیندهای فیزیولوژیک است. ثمره خواب طبیعی، کاهش فعالیت سمپاتیک، فشارخون و ضربان قلب است. تحقیقات نشان داده‌اند که خواب یک فعالیت و فرایند زیستی پویا و سازمان‌یافته است که در طی آن، فرایندهای حیاتی زیادی رخ می‌دهند که برای سلامتی و خوب زیستن ضروری هستند. مشکلات خواب، همچنین تأثیر منفی روی فرایندهای روان‌شناختی دارد. خواب ناکافی با افزایش نگرانی در خصوص سلامتی و بهداشت ضعیف، تحریک‌پذیری، افسردگی، خستگی، مشکلات تمرکز، مشکلات توجه و ضعف کارکرد آموزشی مرتبط است (جعفری، حیدری سورشجانی و زارع، ۱۳۹۷).

همچنین باید اشاره نمود که افراد با اختلال افسردگی دارای

افکار خودآیند منفی^۴ هستند (نادری، ۱۳۹۵). افکار خودآیند منفی، اظهارات منفی خودآیند درباره خود است؛ عقاید و باورهایی که بدون تلاش عمدی و بدون انتخاب به ذهن فرد خطور کرده و منجر به پاسخ‌های هیجانی نامتناسب می‌شوند. این افکار می‌توانند به صورت نگرش‌های بنیادی یا طرحواره‌های شناختی درونی سازمان‌یابند (کلارک و گوسن، ۲۰۰۹). افکار خودآیند منفی، ارزیابی‌های کوتاه و مختصری از شکست‌ها در افراد با اختلال افسردگی است. در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن دائماً به سمت افکار منفی گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم بیشتر غم و افسردگی می‌شود. آسیب‌پذیری در مقابل بازگشت افسردگی ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (آرپین-کریبی و کریبی، ۲۰۰۷).

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای دانش‌آموزان با اختلال افسردگی، به کار گرفته شده است. یکی از این روش‌های درمانی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۵ است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف نشان داده شده است (اصلی‌آزاد، منشئی و قمرانی، ۱۳۹۸؛ خیراتی، غباری‌بناب و احمدی، ۱۳۹۸؛ فرهادی، اصلی‌آزاد و شکرخدایی، ۱۳۹۷؛ زاهدزاده و جوهری‌فرد، ۱۳۹۷؛ گودرزی، قاسمی، میردیکوند و غلامرضایی، ۱۳۹۷؛ پاسدار، حسنی و نوری، ۱۳۹۶؛ کاکاوند، ۱۳۹۵؛ ستارپور، احمدی و صادق‌زاده، ۱۳۹۴؛ متکالف و دیمیدجیان، ۲۰۱۴؛ هوپ وود و اسچات، ۲۰۱۷؛ هافمن، آنجلیا و گومز، ۲۰۱۷؛ کروسول و همکاران، ۲۰۱۷؛ کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهارا، ۲۰۱۸؛ سگال، دیمیدجان، واندرکیوک و لوی، ۲۰۱۹). توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت ذهن‌آگاهی نامیده می‌شود (راش، کاواناگ و گارلند، ۲۰۱۹). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شامل مدیتیشن‌های مختلف، تمرین و مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این فرایندها توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه حال میسر ساخته و

4. negative automatic thoughts
5. mindfulness-based cognitive therapy

1. depression
2. American Psychiatric Association
3. sleep problems

افسردگی نیز یاری رساند. بنابراین، با توجه به موضوعات مطرح شده و تحقیقات انجام یافته در مورد تأثیر شناخت‌درمانی و از سوی دیگر، به دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه، هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی بود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال افسردگی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهر تهران از بین مناطق آموزش و پرورش، یک منطقه (آموزش و پرورش منطقه ۲) انتخاب گردید. سپس از بین مدارس منطقه انتخابی، شش آموزشگاه دوره اول متوسطه دخترانه (رده سنی ۱۲ تا ۱۶ سال و پایه تحصیلی هفتم، هشتم و نهم) بین به تصادف انتخاب شدند. سپس با مراجعه به مدارس انتخابی، از معلمان و مشاوران درخواست شد، دانش‌آموزانی که دارای اختلال افسردگی هستند را معرفی نمایند. در مرحله اول، تعداد ۶۳ دانش‌آموز از مدارس انتخابی معرفی شدند. پس از معرفی این دانش‌آموزان، از آن‌ها درخواست شد تا به پرسشنامه افسردگی (گلدبرگ^۱)، ۱۹۷۲؛ به نقل از امین‌پور، افشین‌فر، مصطفایی و استوار (۲۰۱۲) پاسخ دهند تا بدین ترتیب، از وجود اختلال افسردگی در نزد این دانش‌آموزان اطمینان حاصل شود. علاوه بر این، دانش‌آموزان معرفی شده تحت مصاحبه بالینی نیز قرار گرفتند. در گام بعد و پس از تشخیص، تعداد ۳۹ دانش‌آموز تشخیص اختلال افسردگی را دریافت کردند. سپس ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که بیشترین نمره را در پرسشنامه افسردگی به دست آورده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش

پردازش‌های خودکار را کاهش می‌دهد که این فرایند، نشان‌دهنده شیوه تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (پارسونز، کران، پارسونز و جوربک، ۲۰۱۷). علاوه بر این، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سبب می‌شود تا افراد نسبت به زمان حال آگاه شوند و توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نکنند. این در حالی است که بیشتر مشکلات روان‌شناختی و هیجانی معمولاً با حوادثی که در گذشته روی داده یا در آینده اتفاق خواهد افتاد، مربوط است (هافمن، آنجلیا و گومز، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند، ذهن‌آگاهی یک مداخله مؤثر برای درمان علائم روان‌شناختی می‌باشد (قانع، اسدی، درخشان‌پور، ۱۳۹۷؛ پری-پاریش، کولپند-لیندر، وب و سیبینگا، ۲۰۱۶). علاوه بر این، نتایج پژوهش زاهدزاده و جوهری‌فرد (۱۳۹۷)؛ گودرزی و همکاران (۱۳۹۷)؛ پاسدار، حسنی و نوری (۱۳۹۶)؛ کاکاوند (۱۳۹۵)؛ ستارپور، احمدی و صادق‌زاده (۱۳۹۴)؛ هوپ وود و اسپجات (۲۰۱۷)؛ کروسکا و همکاران (۲۰۱۸) و سگال و همکاران (۲۰۱۹) بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود.

حال با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال افسردگی و تأثیرات گسترده آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی دانش‌آموزان و این‌که می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد، ضروری است که اقدامات مقتضی برای درمان دانش‌آموزان مبتلا صورت گیرد تا از پیشروی این اختلال و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر در آینده جلوگیری گردد. علاوه بر این، فرایند توجه به سلامت روان کودکان و نوجوانان امری اجتناب‌ناپذیر است؛ چرا که این گروه از جامعه در آینده نزدیک، می‌بایست به ایفای نقش اجتماعی و شغلی بپردازند و آسیب‌پذیری روان‌شناختی آنان سبب می‌شود آن‌ها نتوانند کارکرد اجتماعی، روان‌شناختی و تحصیلی مناسب را از خود بروز دهند که این فرایند نشان از ضرورت انجام پژوهش حاضر دارد. از طرف دیگر، می‌توان اشاره نمود که اختلال خواب و افکار خودآیند منفی از فرایندهایی هستند که همراه با اختلال افسردگی اتفاق می‌افتند (سئو و همکاران، ۲۰۱۷؛ نادری، ۱۳۹۵) که تحت تأثیر قرار دادن آن‌ها با استفاده از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش علائم

1. Goldberg, S. E.

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، دانش‌آموزان انتخاب شده (۳۰ دانش‌آموز) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ دانش‌آموز). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در طی دو ماه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در گروه‌های پنج نفره توسط نویسنده مسؤول پژوهش در نوبت عصر دریافت نمودند. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) بود که از پژوهش پاسدار، حسنی و نوری (۱۳۹۶) اقتباس شده است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز، پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

و کنترل گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه کنترل). حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و تعیین اندازه اثر با توجه به $\alpha=0/05$, $\alpha=0/05$, $1-\beta=0/8$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش (کلاین، هوناکر، جوزف و سچیو، ۲۰۰۱) محاسبه شد که در هر دو گروه ۱۵ نفر برآورد گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت دختر، داشتن اختلال افسردگی (با معرفی معلم و مشاور، اجرای پرسشنامه افسردگی و مصاحبه بالینی)، داشتن سن ۱۶-۱۲ سال، حضور در دوره اول متوسطه، رضایت دانش‌آموز و والدین جهت شرکت فرزندشان در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و همکاری نکردن و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود.

جدول ۱- مداخله مربوط به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲؛ به نقل از پاسدار، حسنی و نوری، ۱۳۹۶)

جلسه	موضوع	خلاصه جلسه
اول	هدایت خودکار	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آن‌ها، تعیین خط‌مشی گروه و توضیح پیرامون افسردگی، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه واریسی بدن. تکلیف: انجام یکی از کارهای روزمره با ذهن‌آگاهی، ارائه تکلیف خانگی
دوم	چالش با موانع	ده دقیقه تنفس با ذهن‌آگاهی، تمرین واریسی بدن. تکلیف: آوردن توجه به یکی دیگر از فعالیت‌های روزمره، ثبت وقایع خوشایند، واریسی بدن و ده دقیقه تنفس ذهن‌آگاهانه، ارائه تکلیف خانگی
سوم	ذهن‌آگاهی در حین حرکت	تمرین حرکات کششی همراه با ذهن‌آگاهی، تمرین قدم‌زدن آگاهانه، تمرین واریسی بدن. تکلیف: پیاده‌روی آگاهانه، واریسی بدن، ثبت تجربه‌های ناخوشایند، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	ماندن در لحظه	تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن، داستان بیرهای گرسنه، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین واریسی بدن. تکلیف: واریسی بدن، استفاده از وسایل نقلیه همراه با ذهن‌آگاهی، ارائه تکلیف خانگی
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن	تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، پذیرش، تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین واریسی بدن. تکلیف: واریسی بدن و مکث سه دقیقه‌ای، ارائه تکلیف خانگی
ششم	افکار واقعیت نیستند	افکار جانشین، تمرین مکث سه دقیقه‌ای، تمرین واریسی بدن. تکلیف: واریسی بدن، مکث سه دقیقه‌ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند، ارائه تکلیف خانگی
هفتم	مراقبت از خود	ارتباط بین خلق و احساسات، چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، تمرین واریسی بدن. تکلیف: تهیه لیستی از فعالیت‌های انرژی بخش و خسته‌کننده، ارائه تکلیف خانگی
هشتم	به‌کارگیری آموخته‌ها در آینده	تمرین واریسی بدن، بحث پیرامون تداوم تمرین‌ها و برنامه‌ریزی جهت انجام آن، بررسی مشکلات که مانع از انجام تکالیف می‌شوند

I. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, I. D.

افراد را پیرامون کیفیت خواب در طی چهار هفته گذشته بررسی می‌نماید. پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ هفت نمره برای مقیاس‌های توصیف کلی فرد از کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، خواب مفید، اختلال‌های خواب، میزان داروی خواب‌آور مصرفی، اختلال عملکرد روزانه و یک نمره کلی به‌دست می‌دهد. نمره هریک از مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است. نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ در هر مقیاس به‌ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می‌باشد. پرسشنامه کیفیت خواب از روایی ۸۶/۵ و پایایی ۸۹/۵ برخوردار است (شهری‌فر، ۱۳۸۸؛ به‌نقل از حیدری، احتشام‌زاده و مرعشی، ۱۳۸۹). نمره حاصل از این پرسشنامه از ۰ تا ۷۲ متغیر است که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده کیفیت خواب بهتر است. بویس و همکاران (۱۹۸۹) که این پرسشنامه را برای اولین ساخته و معرفی کردند، انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آوردند. در نسخه ایرانی در پژوهش حیدری، احتشام‌زاده و مرعشی (۱۳۸۹)، پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و به روش تنصیف ۰/۷۲ به‌دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمد.

پرسشنامه افکار خودآیند منفی^۳ (QNS): پرسشنامه افکار خودآیند منفی، به‌وسیله هولون و کندال (۱۹۸۰) ساخته شده و دارای ۳۰ سؤال است. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت است، به این ترتیب که گزینه‌های هرگز، گاهی، معمولاً اغلب و همواره به‌ترتیب نمره‌های ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. نمره کل هر فرد، بین ۳۰ تا ۱۵۰ می‌باشد. نمرات بیشتر نشان‌دهنده افکار خودآیند منفی بالاتر است. نمرات ۷۰-۳۰ افکار خودآیند منفی با شدت کم؛ ۱۰۹-۷۱ متوسط و ۱۵۰-۱۱۰ نشانگر افکار خودآیند منفی شدید است. پرسشنامه افکار خودآیند منفی، چهار جنبه از این افکار خودآیند شامل ناسازگاری شخصی و تمایل به تغییر (سوالات ۷، ۱۰، ۱۴، ۲۰ و ۲۶)، خودپنداشت منفی و انتظارات منفی (سوالات ۲، ۳، ۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۸)، اعتمادبه‌نفس پایین (سوالات ۱۷ و ۱۸) و درماندگی (سوالات ۲۹ و ۳۰) را می‌سنجد.

در این پژوهش برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری Spss-۲۳ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی^۱ (DS): این پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تهیه شد و دارای ۱۸ ماده است. در دستورالعمل پرسشنامه افسردگی گلدبرگ، از فرد خواسته می‌شود تا به سوالات پاسخ دهد. نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت شش گزینه‌ای (اصلاً: نمره صفر تا خیلی زیاد: نمره ۵) است. کمترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین نمره ۹۰ است. هرچه نمره فرد در آن زیاد باشد، نشانگر افسردگی بیشتر او است (سالم: نمره صفر تا ۹ در پرسشنامه؛ احتمال رشد افسردگی: نمره ۱۰ تا ۱۷ در پرسشنامه؛ افسردگی مرزی: نمره ۱۸ تا ۲۱ در پرسشنامه؛ افسردگی خفیف تا متوسط: نمره ۲۲ تا ۳۵ در پرسشنامه؛ افسردگی متوسط تا شدید: نمره ۳۶ تا ۵۳ در پرسشنامه؛ افسردگی شدید: نمره ۵۴ به بالا) (امین‌پور، افشین‌فر، مصطفایی و استوار، ۲۰۱۲). روایی محتوایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش گلدبرگ تأیید شده است. در پژوهشی در ایران، پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای افراد دارای تحصیلات دبیرستان ۰/۹۰، برای افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ۰/۸۶ و برای سایر افراد ۰/۸۱ و برای کل نمونه ۰/۸۶ به‌دست آمد. همچنین میزان روایی آن نیز مطلوب گزارش شد (امین‌پور و همکاران، ۲۰۱۲). میزان پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد.

پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ^۲ (PSQI): این پرسشنامه توسط بویس، رینالدز، منک، برمن و کوپفر (۱۹۸۹) ابداع شده است و دارای ۱۸ آیتیم می‌باشد. این پرسشنامه نگرش

3. Questionnaire for Negative Self-Thoughts (QNS)

1. Depression Scale (DS)

2. Peterzboorg Sleep Quality Intervio (PSQI)

اختلال افسردگی مورد استفاده و اعتبار محتوایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که دانش‌آموزان حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال بودند که بیشترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط به گروه سنی ۱۴ سال (۴۶/۶۶ درصد) و در گروه کنترل نیز مربوط به گروه سنی ۱۵ سال (۵۳/۳۳ درصد) بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲، ارائه شده است.

اعتبار این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی برخوردار است (هولون و کندال، ۱۹۸۰). هولون و کندال (۱۹۸۰)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش مقتدر (۱۳۹۵)، روایی همگرایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین این پژوهشگر پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز، پایایی پرسشنامه افکار خودآیند منفی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر، برگرفته از برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) بود که از پژوهش پاسدار، حسنی و نوری (۱۳۹۶) اقتباس شده است. این پژوهشگران پروتکل ذکر شده را برای افراد با

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر دارای اختلال افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	مؤلفه‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۴۴	۳۶/۹۳	۵/۹۲	۴۶/۶۶	گروه آزمایش	افکار خودآیند منفی
۴/۰۹	۴۶/۳۳	۵/۸۶	۴۶/۶۹	گروه کنترل	
۲/۳۸	۱۷/۶۶	۳/۱۸	۲۷/۵۳	گروه آزمایش	نمره کل مشکلات خواب
۳/۵۲	۲۶/۶۰	۳/۹۶	۲۶/۷۳	گروه کنترل	
۱/۱۸	۲/۴۶	۱/۲۹	۳/۶۰	گروه آزمایش	کیفیت ذهنی خواب
۱/۲۶	۳/۸۰	۱/۲۹	۳/۶۰	گروه کنترل	مشکلات خواب
۱/۲۴	۳/۶۰	۱/۳۴	۵/۳۳	گروه آزمایش	تأخیر در به خواب رفتن
۱/۲۵	۵	۱/۳۳	۵/۲۶	گروه کنترل	
۱/۰۳	۲/۲۶	۱/۱۲	۳/۶۰	گروه آزمایش	طول مدت خواب مفید
۱/۲۳	۳/۶۶	۱/۱۱	۳/۶۶	گروه کنترل	
۱/۰۱	۵/۲۰	۱/۵۳	۷/۲۶	گروه آزمایش	خواب مفید
۱/۶۴	۶/۸۶	۱/۶۴	۷	گروه کنترل	
۰/۷۰	۱/۰۶	۰/۸۶	۲/۲۰	گروه آزمایش	اختلال‌های خواب
۰/۶۵	۲	۰/۵۱	۲/۱۳	گروه کنترل	
۰/۷۰	۱/۰۶	۰/۷۰	۲/۰۶	گروه آزمایش	میزان داروی خواب‌آور
۰/۶۵	۲	۰/۷۵	۲	گروه کنترل	مصرفی
۰/۹۲	۲	۱/۱۲	۳/۴۶	گروه آزمایش	اختلال عملکرد روزانه
۱/۲۷	۳/۲۶	۱/۱۵	۳/۰۶	گروه کنترل	

متغیرهای افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0.05$). نتایج آزمون

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در

در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب برقرار بوده است.

باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نیز برقرار بوده است ($p > 0/05$). علاوه بر این، نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0/05$). در نهایت، نتایج

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب و ابعاد آن در دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
اثر متغیر مستقل (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی)	افکار خودآیند منفی	۶۱۹/۵۷	۱	۶۱۹/۵۷	۵۲/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱
	مشکلات خواب (نمره کل)	۵۸۰	۱	۵۸۰	۹۸/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱
	کیفیت ذهنی خواب	۱۰/۷۵	۱	۱۰/۷۵	۷/۹۷	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۹۴
	تأخیر در خواب رفتن	۱۳/۴۹	۱	۱۳/۴۹	۱۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۸
	مدت خواب مفید	۱۳/۸۵	۱	۱۳/۸۵	۱۱/۷۵	۰/۰۰۳	۰/۴۶	۰/۹۵
	خواب مفید	۱۸/۷۹	۱	۱۸/۷۹	۱۰/۵۳	۰/۰۰۴	۰/۳۴	۰/۹۰
	اختلال‌های خواب	۵/۷۹	۱	۵/۷۹	۲۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱
	میزان داروی خواب‌آور	۷/۶۵	۱	۷/۶۵	۱۹/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱
	اختلال عملکرد روزانه	۱۵/۲۲	۱	۱۵/۲۲	۱۷/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹
	خطا	افکار خودآیند منفی	۲۳۶/۱۱	۲۰	۱۱/۸۰			
مشکلات خواب (نمره کل)		۱۱۷/۱۷	۲۰	۵/۸۶				
کیفیت ذهنی خواب		۲۶/۹۴	۲۰	۱/۳۴				
تأخیر در خواب رفتن		۱۵/۸۰	۲۰	۰/۷۹				
مدت خواب مفید		۲۳/۵۶	۲۰	۱/۱۷				
خواب مفید		۳۵/۶۷	۲۰	۱/۷۸				
اختلال‌های خواب		۳/۹۱	۲۰	۰/۱۹				
میزان داروی خواب‌آور		۷/۸۱	۲۰	۰/۳۹				
اختلال عملکرد روزانه	۱۷/۶۱	۲۰	۰/۸۸					

متغیرهای افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب و ابعاد آن در دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی با ارائه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دچار تغییر معنادار شده است. مقدار تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افکار خودآیند منفی، مشکلات خواب، کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، خواب مفید، اختلال‌های خواب، میزان داروی خواب‌آور مصرفی، اختلال عملکرد روزانه در دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۲۸، ۰/۴۶، ۰/۴۶، ۰/۳۴، ۰/۵۹، ۰/۴۹ و ۰/۴۶ بوده است.

با توجه به نتایج جدول ۴، ارائه متغیر مستقل (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب و ابعاد آن (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، خواب مفید، اختلال‌های خواب، میزان داروی خواب‌آور مصرفی و اختلال عملکرد روزانه) در دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. بنابراین، این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر، بیانگر آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته به شکلی معنادار افکار خودآیند منفی دانش‌آموزان با اختلال افسردگی را کاهش دهد. یافته حاضر، با نتایج پژوهش زاهدزاده و جوهری‌فرد (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر باورهای فراشناختی و ذهن‌آگاهی زنان مبتلا به افسردگی؛ با یافته کاکوند (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی در زنان سالمند مبتلا به اختلال افسردگی؛ با نتایج پژوهش ستارپور، احمدی و صادق‌زاده (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان و با یافته‌های کروسکا و همکاران (۲۰۱۸) و سگال و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی همسو است.

در تبیین یافته حاضر، مبنی بر تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی می‌توان بیان نمود که افکار خودآیند منفی عبارت است از: انتقاد فرد به این‌که او معیوب، به دردخور و بی‌کفایت است. چنان‌چه او تجربیات خوبی نداشته باشد، آن‌ها را به ناشستن شایستگی شخصی نسبت می‌دهد. چون او باور دارد که معیوب است و معتقد می‌باشد که هرگز به خشنودی دست نخواهد یافت (فریون، ایوانس، مراج، دوزویس و پارتریج، ۲۰۰۸). این افکار ممکن است، به‌صورت کلامی و غیرکلامی باشند. معمولاً افراد با کمی آموزش می‌توانند از این افکار آگاه شوند. در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مراجع می‌آموزد که فکر را فقط یک فکر بداند و درمی‌یابد که او تماشاچی و شاهد بی‌صدایی است که همیشه کامل، بی‌نقص و آزاد است. علاوه بر این، افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه شامل تعبیر اوست که آن‌چه برای او اتفاق می‌افتد، ناگوار است. حتی زمانی که دیدگاه‌های مثبت معقول‌تری درباره تجربه او وجود دارد، او به منفی‌ترین تعبیر ممکن در مورد آن‌چه برای او اتفاق افتاده است گرایش دارد (کاتون، لین و کرونگ، ۲۰۰۷).

بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سعی می‌کند که فرد را نسبت به نقش، موقعیت و توانایی‌های خویش در ارتباط با محیط پیرامونش هشیار کند. این هشیاری موجب خوش‌بینی و ایجاد دیدگاه مثبت و منطقی درباره پدیده‌های پیرامون فرد و در نتیجه، کاهش افکار خودآیند منفی در این راستا خواهد گردید. از دیگر دلایل اثربخشی این درمان، می‌توان به این آموخته‌ها اشاره کرد که افکار منفی بیشتر حالت خودآیند دارند. در واقع، آن‌ها بر اساس منطقی یا استدلال به ذهن نمی‌رسند؛ بلکه یکباره به ذهن خطور می‌کنند. در همین راستا، دانش‌آموزان با اختلال افسردگی آموختند که این افکار غیرمنطقی و نامعقول هستند و به هدف مفیدی نمی‌انجامند. احساس فرد را بدتر می‌کنند و مانع از دستیابی آن‌ها به اهداف می‌شوند. با شناخت و آگاهی نسبت به این افکار، میزان بروز آن‌ها در دانش‌آموزان با افسردگی کاهش پیدا کرد.

یافته دوم پژوهش حاضر، بیانگر آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، توانسته به شکلی معنادار مشکلات خواب دانش‌آموزان با اختلال افسردگی را کاهش دهد. یافته حاضر با نتایج پژوهش گودرزی و همکاران (۱۳۹۷)، مبنی بر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی افراد دارای علائم افسردگی؛ با یافته پاسدار، حسنی و نوری (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودشفقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط؛ با نتایج پژوهش متکالف و دیمیدجیان (۲۰۱۴)، مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشانه‌های افسردگی؛ با یافته هوپ وود و اسپجات (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی؛ با نتایج پژوهش هافمن، آنجلیا و گومز (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر بهبود تنظیم هیجانی افراد با خلق و عواطف منفی و با یافته کروسول و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی همسو است.

در تبیین یافته حاضر، مبنی بر تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی، می‌توان بیان نمود که ذهن‌آگاهی مهارتی

متوسطه اول ارائه داده شود تا آن‌ها با به‌کارگیری محتوای این درمان، جهت کاهش افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال افسردگی گامی عملی بردارند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام دانش‌آموزان حاضر در پژوهش و مسؤولان آموزش و پرورش شهر تهران که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به‌عمل می‌آید.

منابع

اصلی‌آزاد، م.، منشی، غ.، ر.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر تحمل ایهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری. *فصلنامه سلامت روان*. ۱۶(۱)، ۷۷-۸۸.

پاسدار، ک.، حسنی، ج.، و نوری، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودشفقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*. ۲۱(۲)، ۹-۲۱.

جعفری، آ.، حیدری سورشجانی، ر.، و زارع، ک. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین کیفیت خواب با استرس، اضطراب و افسردگی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی شوشتر. *توسعه آموزش جندی شاپور*. ۹(۳)، ۱۹۷-۲۰۵.

حیدری، ع.، ر.، احتشام‌زاده، پ.، و مرعشی، م. (۱۳۸۹). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب‌آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و فرهنگ*. ۱(۴)، ۶۵-۷۶.

خیراتی، ح.، غباری‌بناب، ب.، و احمدی، ط. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان با اختلال یادگیری ویژه. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*. ۱۰(۳)، ۱۳۸-۱۲۵.

ریاحی، ف.، ایزدی مزیدی، م.، تشکری، ا.، و منصوری، م. (۱۳۹۶). شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان کوه‌دشت. *مجله علوم پزشکی جندی شاپور*. ۱۶(۴)، ۴۴۲-۴۳۳.

زاهدزاده، ف.، و جوهری‌فرد، ر. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر باورهای فراشناختی و ذهن‌آگاهی زنان مبتلا به افسردگی. *مجله روان‌پرستاری*. ۵(۵)، ۴۹-۴۲.

ستارپور، ف.، احمدی، ع.، ا.، و صادق‌زاده، س. (۱۳۹۴). اثربخشی

است که به افراد اجازه می‌دهد که در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند، دریافت کنند (کروسول و همکاران، ۲۰۱۷). بر این اساس، وقتی دانش‌آموزان با اختلال افسردگی نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند و دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی‌کنند. بیشتر مشکلات روانی معمولاً با حوادثی که در گذشته روی داده یا در آینده اتفاق خواهد افتاد، مربوط است. بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شکل دقیق با تمرکز بر همین فرایند از میزان بروز مشکلات خواب می‌کاهد؛ چرا که افسردگی فرد را با رویدادهای گذشته و آینده درگیر کرده و اجازه نمی‌دهد که آن‌ها بر زمان حال متمرکز شوند. علاوه بر این، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، سبب شود تا چرخه شناختی و پردازش اضطراب آفرین متوقف شود (هافمن، آنجلیا و گومز، ۲۰۱۷). این در حالی است که فرد افسرده، در بسیاری از موقعیت‌ها با تعبیر و تفسیر و تفسیر نادرست برای خود مشکلات پردازشی ایجاد می‌کنند که چرخه خواب آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با دخالت در فرایند پردازشی و شناختی دانش‌آموزان با اختلال افسردگی سبب شکستن چرخه ایجاد مشکلات خواب می‌شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال افسردگی شهر تهران؛ عدم مهارت‌های اثرگذار بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال افسردگی، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این مطالعه در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دانش‌آموزان دیگر مقاطع و اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، مهار عوامل ذکر شده، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی و مشکلات خواب دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال افسردگی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با تهیه برشور و کتابچه‌ای علمی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به مشاوران مدارس

- Arpin-Cribbie, C. A., & Cribbie, R. A. (2007). Psychological correlates of fatigue: Examining depression, perfectionism, and automatic negative thoughts. *Personality and Individual Differences*, 43(6), 1310-1320.
- Buysse, D. J., Reynolds Iii, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Clarke, D., & Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 460-464.
- Crosswell, A. D., Moreno, P. I., Raposa, E. B., Motivala, S. J., Stanton, A. L., Ganz, P. A., & Bower, J. E. (2017). Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 78-86.
- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J., & Partridge, K. (2008). *Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking*. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 758-774.
- Gupta, P., Sagar, R., & Mehta, M. (2019). Subjective sleep problems and sleep hygiene among adolescents having depression: A case-control study. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 150-155.
- Hofmann, S. G., Angelina, F., & Gomez, B. A. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739-749.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. (1980). Development of an automatic thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 4(1), 383-395.
- Hopwood, T. L., & Schutte, N. S. (2017). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 57, 12-20.
- Katon, W., Lin, E. H. B., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147-155.
- آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. ۱۷(۳)، ۸۸-۸۱.
- شکوهی‌یکتا، م.، اکبری‌زردخانه، س.، عطاری، م.، و مهدوی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی دانش‌آموزان. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*. ۱۰(۲)، ۲۳۶-۲۲۷.
- فرهادی، ط.، اصلی‌آزاد، م.، و شکرخدایی، ن. س. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*. ۹(۴)، ۹۲-۸۱.
- قانع، ص.، اسدی، ج. ش.، و درخشان‌پور، ف. (۱۳۹۷). اثر آموزش ذهن‌آگاهی بر بهزیستی فردی و سلامت روان سالمندان زن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. ۲۰(۱)، ۷۶-۷۱.
- کاکاوند، ع. ر. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی در زنان سالمند مبتلا به اختلال افسردگی. *مجله روان‌شناسی پیری*. ۲(۲)، ۹۱-۱۰۱.
- گنجی، ح. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*. تهران: ارسباران.
- گودرزی، م.، قاسمی، ن.، میردریکوند، ف. ا.، و غلامرضایی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی افراد دارای علائم افسردگی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۵(۵)، ۶۸-۵۳.
- مقتدر، ل. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*. ۲۷(۹)، ۸۳۵-۸۲۵.
- نادری، ف. (۱۳۹۵). کاربرد تئوری انتخاب بر افکار خودآیند منفی، آسیب‌عمدی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهر اهواز. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*. ۲۵(۲)، ۷۲-۵۵.

References

- Aminpoor, H., Afshinfar, J., Mostafaei, A., & Ostovar, S. (2012). Validation of Goldberg's Depression Scale in academic and non-academic peoples. *Annals of Biological Research*, 3(9), 4564-4573.

- association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 95, 29-41.
- Perry-Parrish, C., Copeland-Linder, N., Webb, L., & Sibinga, E. M. (2016). Mindfulness-Based Approaches for Children and Youth. *Current Probl Pediatric Adolescent Health Care*. 46(6), 1-7.
- Rash, J. A., Kavanagh, V. J. A., & Garland, S. N. (2019). A Meta-Analysis of Mindfulness-Based Therapies for Insomnia and Sleep Disturbance: Moving Towards Processes of Change. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2), 209-233.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, I. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Segal, Z., Dimidjian, S., Vanderkruik, R., & Levy, J. (2019). A maturing mindfulness-based cognitive therapy reflects on two critical issues. *Current Opinion in Psychology*. 28, 218-222.
- Seo, J., Kim, J. H., Yang, K. I., & Hong, S. B. (2017). Late use of electronic media and its association with sleep, depression, and suicidality among Korean adolescents. *Sleep Medicine*. 29, 76-80.
- Kline, G., Honaker, J., Joseph, A., & Scheve, K. (2001). Analyzing Incomplete Political Science Data: An Alternative Algorithm for Multiple Imputation. *American Political Science Review*. 95, 49-69.
- Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*. 225, 326-336.
- Mamun, M. A., Hossain, S., Siddique, A. B., Sikder, T., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2019). Problematic internet use in Bangladeshi students: The role of socio-demographic factors, depression, anxiety, and stress. *Asian Journal of Psychiatry*. 44, 48-54.
- Metcalfe, C. A., & Dimidjian, S. (2014). Extensions and mechanisms of mindfulness-based cognitive therapy: a review of the evidence. *Australian Psychologist*. 49(5), 271-79.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., & Fjorback, L. O. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its

Empowering Exceptional Children Journal

Iranian council for exceptional children

Volume 10, Issue 4(32), Winter 2020

PP 1-12

Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on negative automatic thoughts and sleep problems in female student with Depression Disorder

Behnoosh Nikkhah^{*1}

Roghayeh Haghani²

Shadi Agha Alitari²

Abstract

The present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on negative automatic thoughts and sleep problems in female students with Depression Disorder. It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical population of the current study included female students with Depression Disorder in Tehran City in the academic year 2018-19. 30 female students with Depression Disorder were selected through purposive sampling method and they were randomly assigned to experiment and control groups (15 students in the experiment and 15 in the control group). The experiment group received mindfulness-based cognitive therapy intervention (Segal, Williams and Tizdel, 2013) during two months in eight seventy-five-minute sessions. The applied questionnaires in this study included Depression Questionnaire (Goldberg, 1972), Negative Automatic Thoughts Questionnaire (Holon and Kenda, 1980) and Sleep Problems Questionnaire (Bois et.al, 1989). The data from the study were analyzed through MANCOVA method using SPSS23 statistical software. The results showed that mindfulness-based cognitive therapy has significant effect on negative automatic thoughts ($p < 0.001$) and sleep ($p < 0.001$) in the students with Depression Disorder. Findings of the present study reveal that mindfulness-based cognitive therapy can be used as an efficient therapy to decrease negative automatic thoughts and sleep problems in the students with Depression Disorder employing techniques such as mindful thoughts, emotions and behavior.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, negative automatic thoughts, sleep problems, depression disorder

*1. **Corresponding author:** MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran
2. MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran