

## مقاله اصلی

# بررسی اثربخشی الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی برعواطف مثبت و منفی و نشانگان افسردگی

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۷/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۰۱

### خلاصه

#### مقدمه

با توجه به اهمیت نشانگان منفی افسردگی و عواطف منفی در بهزیستی روانی، هدف از مطالعه حاضر تعیین اثربخشی الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی بر عواطف مثبت و منفی و کاهش نشانگان افسردگی در جمعیت غیربالینی است.

#### روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی است. جامعه آماری شامل تمام دانشجویان دختر مقطع کارشناسی در تمامی دانشکده‌های دانشگاه شاهد تهران می‌باشد. پس از انتخاب آزمودنی‌های واجد شرایط، افراد به صورت تصادفی در دو گروه درمان کاهش استرس براساس ذهن آگاهی (۱۱ نفر) و گروه کنترل (۹ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش به مدت دو ماه (هشت جلسه) در بازده زمانی آبان تا دی ماه در دوره‌ی درمانی که در دانشکده انسانی دانشگاه شاهد تهران برگزار شد، شرکت کردند، در حالی که کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکردند. پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (II) و مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی پاناس قبل و بعد از دوره درمانی به آزمودنی‌های هر دو گروه داده شد. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون مقایسه دو گروه یومن ویتنی و آزمون ویلکاکسون و از طریق نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

#### نتایج

الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی منجر به کاهش سطح نشانگان افسردگی و عاطفه‌ی منفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد اما در سطح عاطفه‌ی مثبت شرکت کنندگان تغییری ایجاد نکرد. براین اساس می‌توان این الگوی درمانی را با رعایت احتیاط‌های بالینی در قشر دانشجویی و جمعیت غیر بالینی به کار گرفت.

#### نتیجه گیری

براساس نتایج، درمان کاهش استرس براساس ذهن آگاهی در کاهش نشانگان افسردگی و عاطفه‌ی منفی جمعیت غیربالینی موثر می‌باشد.

#### کلیدواژه ها

افسردگی، عاطفه منفی، عاطفه مثبت، ذهن آگاهی، الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی  
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

الهام میرزایی<sup>\*۱</sup>

محمد رضا شعیری<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

\*مشهد، دانشگاه فردوسی، مرکز مشاوره و توانمندسازی دانشجویان دانشگاه فردوسی

تلفن: ۰۰۹۸۹۳۰۸۶۵۷۶۱۲

E-mail: mirzaeeelham88@gmail.com

## مقدمه

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> توجه بالایی را در روان شناسی بالینی و سایر رشته‌های مرتبط با آن به خود جلب کرده است و تعداد زیادی از مطالعات تجربی، اثربخشی این مداخلات را در زمینه‌های بالینی و غیر بالینی تأیید می‌کنند (۱). بیشتر مفاهیم ذهن آگاهی که در مداخلات بالینی و پژوهش‌های غربی آورده می‌شود، ریشه در بودیسم و سایر سنن دینی دارد (۲) اما کاربرد مراقبه‌ی ذهن آگاهی به عنوان شکلی از مداخله‌ی رفتاری برای مشکلات بالینی، با کارهای جان کابات زین<sup>۲</sup> آغاز شد که کاربرد این شیوه را در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن کشف کرد (۳)؛ مداخله‌ای که اکنون با عنوان الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی<sup>۳</sup> (MBSR) شناخته می‌شود. کابات زین ذهن آگاهی را نوعی آگاهی می‌داند که از طریق توجه به تجربه به شیوه‌ای خاص به دست می‌آید: در این حالت توجه متمرکز بر هدف، متمرکز بر لحظه حال و غیر قضاوتی است. در واقع این حالت، نوعی توجه آگاهانه نسبت به اموری است که جریان دارند (۴). تاکنون تعاریف متعددی برای ذهن آگاهی بیان شده است، اما عناصر اصلی و مشترک این تعاریف "حضور در لحظه‌ی حاضر" و "مشاهده‌ی غیر قضاوتی" تجربه است (۵). در ذهن آگاهی سه مولفه‌ی اساسی مشخص شده که به صورت همزمان اتفاق می‌افتد، این سه مولفه عبارتند از: توجه (توجه کردن)، قصد (به صورت هدف مند) و نگرش (به شیوه‌ای خاص که همراه با پذیرش و نگاه غیر قضاوتی است) (۶). براساس الگویی که شاپیرو<sup>۴</sup> و همکاران ارائه دادند ذهن آگاهی توجه،

قصد و نگرش را به گونه‌ای تصحیح می‌کند که منجر به درک مجدد و تغییر در چهار مکانیسم زیر می‌شود: (۱) خود تنظیمی (۲) انعطاف پذیری هیجانی، شناختی و رفتاری (۳) شفافیت ارزش‌ها و (۴) آشکار سازی (۷). در طی دهه‌ی گذشته شواهد فراوانی از اثرات سودمند مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان بدست آمده است شواهدی که بیانگر ارتباط میان افزایش سطح ذهن آگاهی و بهبود در عملکرد روان شناختی است (۸). تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله MBSR، در بهبود دامنه‌ای از مشکلات بالینی و غیر بالینی هم چون استرس، اضطراب، درد مزمن، نشانگان روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان (۷)، کاهش احساس درماندگی (۹)، افسردگی و خصومت (۱۰) و کیفیت زندگی (۱۱) موثر است. در واقع مهارت‌های ذهن آگاهی منجر به پذیرش غیر قضاوتی و غیر واکنشی تمامی تجارب شده که همین امر منجر به نتایج روان شناختی مثبتی می‌شود (۷). این مداخلات به افراد کمک می‌کند تا با مشاهده‌ی تجارب ناخوشایند به شیوه‌ای غیر قضاوتی، عاطفه‌ی منفی خود را کنترل کنند (۶). اکثر حالات عاطفی را می‌توان در دو گروه عواطف منفی و عواطف مثبت طبقه بندی کرد. عاطفه‌ی مثبت اشاره به میزان تعامل لذت بخش فرد با محیط خود دارد. افرادی با عاطفه‌ی مثبت بالا، دارای احساس هوشیاری، گوش به زنگی و شور و شوق نسبت به زندگی هستند. در مقابل آن، عاطفه منفی به عنوان بعدی از پریشانی ذهنی و تعامل ناخوشایند با محیط تعریف شده و دربردارنده‌ی حالات خلقی گوناگون هم چون ترس، خشم، احساس گناه و احساس درماندگی می‌باشد بنابراین به شدت با استرس و مشکلات سلامت روان هم بسته بوده و نقش مهمی در چندی از اختلالات موجود در DSM<sup>۵</sup> و به طور ویژه‌تر با افسردگی دارد (۱۲). از طرفی دیگر به نظر می‌رسد که این مداخلات، با افزایش ذهن آگاهی، عاطفه‌ی

1 mindfulness

2 Kabat-Zinn, J.

3 Mindfulness based stress reduction

4 Shapiro S. L.

5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

نشانگان منفی افسرده گونه در بهزیستی روانی افراد و تاثیر آن در سطح عملکرد روانی حتی در جمعیت‌های غیربالینی و مطالعات اندکی که در این حیطه و به ویژه در بررسی سودمندی الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی بر خلق و نشانگان افسردگی در ایران انجام گرفته است، و با در نظر گرفتن شواهد پژوهشی که بیان گر تاثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود خلق است، برآن شدیم تا در این پژوهش به تعیین تاثیر آن بر عواطف مثبت و منفی و کاهش نشانگان افسردگی در جمعیت غیربالینی بپردازیم.

### روش کار

نوع پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی بوده که در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ در دانشکده‌های دانشگاه شاهد مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه‌گیری پژوهش در دو مرحله انجام شده است: در مرحله اول ۴۰۸ نفر از دانشجویان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و با آن‌ها تماس گرفته شد که از آن میان، حدود ۵۵ نفر حاضر به همکاری شده و دعوت به مصاحبه شدند. براین اساس، با هر یک از این افراد به صورت انفرادی مصاحبه‌ی ساخت یافته بر مبنای DSM-IV (۲۰) انجام گردید. این مصاحبه با توجه به مصاحبه ساخت یافته SCID<sup>۹</sup> (۲۱) تنظیم شد و ملاک‌های شمول در خصوص آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ملاک‌های شمول و عدم شمول در این پژوهش به شرح زیر است: اشتغال به تحصیل در دوره کارشناسی، جنسیت زن، گستره سنی ۲۴-۱۸ سال، عدم دریافت درمان‌های دارویی روانپزشکی، درمان‌های روان شناختی و یا مشاوره در یک سال اخیر و عدم ابتلا به اختلالات روان شناختی (که براساس مصاحبه‌ی تشخیصی انجام گرفته

منفی را در افراد کاهش داده و منجر به افزایش آرامش می‌شوند (۱۳، ۶-۱۵). این برنامه‌ی درمانی می‌تواند روی اختلالات خلقی و خستگی اثرات مثبتی بگذارد؛ به گونه‌ای که شرکت کنندگان در برنامه درمانی MBSR بهبود قابل توجهی را در خلق خود گزارش کردند (۱۰). در چندی از پژوهش‌ها ارتباط معکوس میان ویژگی نگاه غیرقضاوتی (که یکی از مولفه‌های ذهن آگاهی است) و افسردگی مشاهده شده است. در واقع این ارتباط، با نظریات معتبری که شناخت واره‌های منفی و سرزنش خود را به عنوان نشانه‌ی اختلال افسردگی می‌دانند، مطابق است (۱۶). پژوهش براون<sup>۶</sup> و رایان<sup>۷</sup> نشان داد در افراد ذهن آگاه، حالت‌های هیجانی صریح و ضمنی با یکدیگر تطابق بیشتری دارند و آگاهی افزایش یافته از عواطف، به نوبه‌ی خود افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ خود را به محرکات منفی تعدیل سازند (۱۷). نتایج پژوهش شریفی<sup>۸</sup> نشان داد که ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و نشخوارفکری شده و سطح عاطفه‌ی مثبت را افزایش دهد (۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد ذهن آگاه، سطح پایین‌تری از عواطف ناخوشایند را هم از نظر شدت و هم از نظر فراوانی تجربه می‌کنند و در افرادی که در جلسات مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کردند نسبت به افراد گروه کنترل، حالت و صفات اضطراب و احساس درماندگی روان شناختی کاهش یافته است (۱۹). فرض MBSR این است که با تکرار آموزش مراقبه‌ی ذهن آگاهی، سرانجام افراد یاد می‌گیرند که نسبت به تجاربشان کم‌تر واکنش نشان دهند و کم‌تر درباره‌ی آن‌ها قضاوت کنند؛ در نتیجه قادر خواهند شد که الگوهای همیشگی و ناسازگارانه‌ی تفکر و رفتار را شناسایی کرده و آن‌ها را تغییر دهند (۳). با توجه به اهمیت نقش

6 Brown K. W.

7 Ryan R. M.

8 Sharifi P

منبای صفر تا سه نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل نمره صفر است. در پژوهش فتحی آشتیانی<sup>۱۴</sup> مشخص شد که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است (۲۳). در پژوهش صیدی<sup>۱۵</sup> و همکاران، پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کورنباخ و بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته مورد تحلیل قرار گرفت و ضرایب همبستگی آن به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۸۵ به دست آمد. روایی آن نیز از طریق روایی سازه و با روش روایی همگرا و اجرای همزمان با مقیاس تجدیدنظر شده درجه بندی روانپزشکی هملتون برای افسردگی بر آورد شد و همبستگی آن ۰/۷۴ به دست آمد (۲۴). به طور کلی نتایج حاکی از مناسب بودن روایی و پایایی مقیاس افسردگی بک بود. از این پرسش نامه جهت بررسی نشانگان افسردگی آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله استفاده شد.

فرم اطلاعات جمعیت شناختی: این فرم شامل اطلاعات کلی و اولیه شرکت کنندگان است که توسط محقق تنظیم شده است. برنامه درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی (MBSR): برنامه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، در شکل معمول خود، شامل ۸ جلسه‌ی هفتگی ۲/۵-۲ ساعته می‌باشد. موضوعات ارائه شده در جلسات گروهی این پژوهش شامل هدایت خودکار، رویارویی با موانع، ذهن آگاهی از تنفس و بدن، ماندن در زمان حال، پذیرش، افکار حقایق نیستند، چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم و پذیرش و تغییر می‌باشد و زمان قابل ملاحظه‌ای به انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و بحث در خصوص تجارب اعضا از آن‌ها، اختصاص

تعیین گردید). معیارهای خروج: اشتغال به تحصیل در سایر دوره تحصیلی، جنسیت مرد، گستره سنی کمتر از ۱۸ سال و بیشتر از ۲۴ سال، دریافت درمان‌های دارویی روانپزشکی، روان شناختی و یا مشاوره در یک سال اخیر و ابتلا به اختلالات روان شناختی (که براساس مصاحبه‌ی تشخیصی انجام گرفته تعیین گردید). سپس از میان افرادی که دارای ملاک‌های شمول بوده و آماده‌ی همکاری در پژوهش حاضر شدند، دو گروه آزمایش (۱۱ نفر) و کنترل (۹ نفر) تشکیل شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است:

مقیاس‌های عاطفه‌ی مثبت و منفی (پاناس)<sup>۱۰</sup>: پاناس یک ابزار خود گزارش دهی است که در سال ۱۹۸۸ توسط واتسون<sup>۱۱</sup> و همکاران ساخته شد. این مقیاس از ۲۰ عبارت ساخته شده است که ۱۰ عبارت آن هیجان‌ات مثبت و ۱۰ عبارت دیگر هیجان‌ات منفی را ارزیابی می‌کند. نمره گذاری در طیف ۰ تا ۵ درجه‌ای می‌باشد. در مورد روایی همزمان، نتایج پژوهش محمدی<sup>۱۲</sup> و همکاران نشان می‌دهد که عاطفه منفی با زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب به ترتیب دارای ضریب همبستگی ۰/۶۷ و ۰/۵۶ بوده و ضرایب همبستگی عاطفه مثبت با زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب نیز به ترتیب ۰/۳۲- و ۰/۴۰- به دست آمد. میزان شاخص آلفای کورنباخ نیز برای دو فرم حالت و صفت از مقیاس‌های عاطفه‌ی مثبت و منفی، بین ۰/۸۲ و ۰/۸۸ متغیر بود (۲۲). در این پژوهش جهت بررسی عاطفه‌ی مثبت آزمودنی‌ها از مقیاس عاطفه‌ی مثبت و برای اندازه گیری عاطفه‌ی منفی، از مقیاس عاطفه‌ی منفی استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱۳</sup>: این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه از جملات است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می‌کند. هر گروه دارای ۴ گزینه است که بر

14 FathiAshtiani A

15 Seidi P.

9 Structred clinical interview for DSM

10 Positive and Negative Affect scale (PANAS)

11 Watson

12 Mohammadi N

13 Beck Depression Inventory (II)

**نتایج**

در این پژوهش الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی در مورد شرکت کنندگان گروه آزمایش انجام گرفت و اثربخشی آن در مقایسه با گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت. قابل توجه است که مقایسه‌ی گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر، براساس تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها انجام شده است. آمار توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد در دو گروه، در جدول ۱ ارائه شده است.

داده می‌شود، دامنه‌ی وسیعی از تمرین‌های ذهن آگاهی آموخته می‌شود و در بیش تر جلسات، اطلاعات آموزشی مطرح می‌شود (۲۵). این جلسات توسط اینجانب (نویسنده مسؤل) اجرا گردید.

که پیش از این، دوره‌ی آموزشی این درمان را طی شده است. در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی یومن ویتنی و آزمون ویلکاکسون، و نرم افزار SPSS استفاده گردید.

**جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان دو گروه**

نشانگان افسردگی		عاطفه منفی		عاطفه مثبت		متغیر / گروه	
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون
۱۰/۸۳	۱۷/۲۷	۲۷/۱۱	۲۹/۵۴	۶۲	۶۵	پیش آزمون	پس آزمون
۸/۱۱	۷/۲۶	۲۶/۱۱	۲۳/۸۱	۳۵/۴۴	۳۴/۲۷	پس آزمون	پس آزمون
۵/۱۵	۹/۰۲	۴/۱۹	۵/۷۶	۱۱/۰۶	۹/۱۳	پیش آزمون	پس آزمون
۶/۶۲	۷/۶۸	۵/۴۶	۶/۷۲	۳/۵۷	۳/۳۴	پس آزمون	پس آزمون

میانگین آزمودنی‌های گروه آزمایش در دو متغیر عاطفه منفی و نشانگان افسردگی پس از مداخله کاهش پیدا کرده اما این کاهش در متغیر عاطفه مثبت مشاهده نمی‌شود.

شاخص‌های توصیفی مربوط به سه متغیر عاطفه مثبت، عاطفه منفی و نشانگان افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آورده شده است. همان گونه که از نتایج مشخص شد،

**جدول ۲- میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل در سه متغیر پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون**

گروه	کنترل	آزمایش	شاخص	متغیر
	۶ (۶۶/۷)	۸ (۷۲/۷)	فراوانی (درصد)	انسانی
	۰	۱ (۹/۱)	فراوانی (درصد)	فنی
	۰	۲ (۱۸/۲)	فراوانی (درصد)	هنر
دانشکده	۱ (۱۱/۱)	۰	فراوانی (درصد)	پرستاری
	۲ (۲۲/۲)	۰	فراوانی (درصد)	پزشکی
محل	۴ (۴۴/۴)	۴ (۳۶/۴)	فراوانی (درصد)	تهران
سکونت	۵ (۵۵/۶)	۷ (۶۳/۶)	فراوانی (درصد)	شهرستان
	۷ (۷۷/۸)	۱۰ (۹۰/۹)	فراوانی (درصد)	مجرد
تاهل	۲ (۲۲/۲)	۱ (۹/۱)	فراوانی (درصد)	متاهل
	۲۱/۵۵ (۲/۶۰)	۲۰/۰۹ (۱/۵۷)	میانگین (انحراف معیار)	سن

جدول ۳ نتایج دو گروه آزمایش و کنترل را در سه متغیر عاطفه مثبت، عاطفه منفی و نشانگان افسردگی بر اساس تفاضل نمرات پیش-پس آزمون و آزمون یو من ویتنی، نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، مقادیر بدست آمده در دو متغیر عاطفه منفی و نشانگان افسردگی معنادار است. به عبارتی دیگر مداخله درمانی توانسته میزان عاطفه منفی و نشانگان افسردگی را در گروه

آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش دهد. اما تفاوت مشاهده شده میان دو گروه در متغیر عاطفه مثبت معنادار نیست. این عدم معناداری به این معنا است که جلسات MBSR نتوانسته است عاطفه مثبت آزمودنی‌های گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل افزایش دهد.

جدول ۳- نتایج مربوط به مقایسه عاطفه مثبت، عاطفه منفی و نشانگان افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل براساس آزمون یومن ویتنی

متغیر	شاخص گروه	تفاضل نمرات		Z مشاهده شده	سطح معناداری
		پیش آزمون - پس آزمون میانگین (انحراف معیار)			
عاطفه منفی	آزمایش	۴/۸۱	۵/۷۲	-۱/۹۸	۰/۰۴
	کنترل	۴/۳۵	۱		
عاطفه مثبت	آزمایش	۷/۷۹	۳۰/۷۲	-۰/۹۹	۰/۳۲
	کنترل	۸/۵۸	۲۶/۵۵		
نشانگان افسردگی	آزمایش	۶/۰۵	۱۰	-۲/۶۳	۰/۰۰۸
	کنترل	۵/۰۴	۲/۷۲		

آزمودنی‌های گروه آزمایش یک بار بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی، یک بار یک ماه پس از پایان دوره درمان (اولین پیگیری) و یک بار سه ماه پس از پایان درمان (پیگیری دوم) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج مقایسه‌ی آزمودنی‌های گروه آزمایش در قبل از مداخله با پس از مداخله و پیگیری ۱ و ۲ در جداول چهار الی شش نشان داده شده است. برای بررسی

این اثربخشی، از آزمون ویلکاکسون استفاده گردید. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقادیر بدست آمده در هیچ یک از سه مرحله معنادار نبوده است و این بدان معنی است که این مداخله تأثیری بر افزایش عاطفه مثبت آزمودنی‌ها نداشته است.

جدول ۴- نتایج مربوط به مقایسه میانگین نمره پیش آزمون با پس آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم متغیر عاطفه مثبت، در گروه آزمایش

متغیر	گروه	M (sd)	Z	سطح معناداری
پیش آزمون	پیش آزمون	۹/۱۳	۶۵	-۰/۸۱
	پس آزمون	۳/۳۴	۳۴/۲۷	
پیش آزمون	پیش آزمون	۹/۱۳	۶۵	-۰/۳۵
	پیگیری ۱	۶/۹	۳۷/۵۴	
پیش آزمون	پیش آزمون	۹/۱۳	۶۵	-۰/۳۵
	پیگیری ۲	۶/۸۳	۳۵/۶۶	

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، عاطفه‌ی منفی آزمودنی‌های گروه آزمایش بعد از اتمام درمان، بهبود قابل توجهی داشته و این کاهش در دوره‌های پیگیری نیز حفظ شده است. این معناداری در کاهش نشانگان افسردگی در مراحل پیگیری نیز مشاهده می‌شود که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵- نتایج مربوط به مقایسه میانگین نمره پیش آزمون با پس آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم متغیر عاطفه منفی، در گروه آزمایش

متغیر	گروه	M (sd)	Z	سطح معناداری
عاطفه منفی	پیش آزمون	(۵/۷۶)۲۹/۵۴	-۲/۷۶	۰/۰۰۶
	پس آزمون	(۶/۷۲)۲۳/۱۸		
پیگیری ۱	پیش آزمون	(۵/۷۶)۲۹/۵۴	-۲/۹۳	۰/۰۰۳
	پیگیری ۱	(۴/۹۴)۱۸/۹۰		
پیگیری ۲	پیش آزمون	(۵/۷۶)۲۹/۵۴	-۲/۵۴	۰/۰۱۱
	پیگیری ۲	(۶/۳۹)۲۰/۲۲		

جدول ۶- نتایج مربوط به مقایسه میانگین نمره پیش آزمون با پس آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم متغیر نشانگان افسردگی، در گروه آزمایش

متغیر	گروه	M (sd)	Z	سطح معناداری
نشانگان افسردگی	پیش آزمون	(۵/۷۶)۲۹/۵۴	-۲/۷۶	۰/۰۰۶
	پس آزمون	(۶/۷۲)۲۳/۱۸		
پیگیری ۱	پیش آزمون	(۵/۷۶)۲۹/۵۴	-۲/۹۳	۰/۰۰۳
	پیگیری ۱	(۴/۹۴)۱۸/۹۰		
پیگیری ۲	پیش آزمون	(۵/۷۶)۲۹/۵۴	-۲/۵۴	۰/۰۱۱
	پیگیری ۲	(۶/۳۹)۲۰/۲۲		

## بحث

همان گونه که نتایج نشان داد الگوی درمانی کاهش استرس بر اساس ذهن آگاهی میزان نشانگان افسردگی و عاطفه‌ی منفی را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داد اما نتوانست در عاطفه‌ی مثبت آن‌ها تغییری ایجاد کند. چندی از تحقیقات نیز موید نتایج بدست آمده در این پژوهش هستند (۳،۱۰،۲۰). در توضیح این تاثیر باید در نظر داشت که ذهن آگاهی، هوشیاری فراشناختی را افزایش می‌دهد - مولفه ای که بیان گر توانایی ادراک مجدد و یا تمرکززدایی از افکار و هیجانات و دیدن آن‌ها به صورت رویدادهای ذهنی در حال عبور است. فرض

براین است که هوشیاری فراشناختی افزایش یافته، منجر به کاهش نشخوار فکری می‌شود\_ فرایند منفی تکرار شونده ای که به عنوان عامل خطر در تعدادی از اختلالات روانی از جمله افسردگی در نظر گرفته می‌شود (۳). هوشیاری فراشناختی افزایش یافته به نوبه‌ی خود می‌تواند پیامدهای بالینی بهتری هم چون میزان عود کمتر افسردگی را پیش بینی کند (۳). کنگ ۱۶ و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که MBSR به طور کلی منجر به کاهش سطوح افسردگی، نشخوار فکری، احساس درماندگی کلی و درهم ریختگی شناختی

حوادث و اتفاقات می‌شود (۲۸). ریف<sup>۲۲</sup> و همکاران انعطاف را به صورت ظرفیت حفظ و بهبود بهزیستی روانی در مواجهه با سختی‌های زندگی تعریف می‌کنند. بنابراین انعطاف پذیری یک عنصر مهم در بهزیستی روانشناختی محسوب می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده اند که انعطاف پذیری با رضایت از زندگی و عاطفه‌ی مثبت ارتباطی مستقیم و با عاطفه‌ی منفی رابطه‌ی عکس دارد (۲۸). با توجه به این که براساس ادبیات پژوهشی موجود، ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری مقدم است به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی از طریق اثر واسطه‌ای انعطاف پذیری، به طور غیرمستقیم بر رضایت از زندگی و حالات عاطفی اثر می‌گذارد (۲۹، ۳۰-۳۱).

علاوه بر پژوهش‌هایی که موید تاثیر ذهن آگاهی در جمعیت‌های بالینی است، چندی از تحقیقات نیز سودمندی تمارین مبتنی

بر ذهن آگاهی را در جمعیت‌های غیر بالینی تأیید می‌کنند (۳). به عنوان مثال چندی از تحقیقات انجام شده بر روی نمونه‌ی دانشجویی، نشان می‌دهد که ذهن آگاهی می‌تواند از طریق متغیرهای واسطه‌ای هم چون هوش هیجانی، خودارزیابی و عزت نفس، بهزیستی روانی افراد را افزایش دهد (۲۸). در پژوهش ایمانی<sup>۲۳</sup> و همکاران ارتباط معناداری میان ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان بدست آمد و مشخص گردید که ذهن آگاهی به عنوان یک متغیر کلیدی در پیش بینی بهزیستی روانشناختی محسوب می‌شود (۳۲). سایر پژوهش‌ها نیز در همین راستا آموزش ذهن آگاهی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی را برای توسعه و ترویج سلامت روانشناختی دانشجویان پیشنهاد می‌کنند (۳۳). جین<sup>۲۴</sup> و همکاران در بررسی که روی دانشجویان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که برنامه کاهش استرس براساس ذهن

می‌شود (۳). کارمودی<sup>۱۷</sup> و بائر<sup>۱۸</sup>؛ در بررسی‌های خود نشان دادند که افزایش ذهن آگاهی منجر به کاهش معنادار آشفتگی‌های روان شناختی و استرس می‌شود (۲۰). لیکنز<sup>۱۹</sup> و بائر، به مقایسه‌ی شاخص‌های بهزیستی روان شناختی در افراد مراقبه کننده و افرادی که مراقبه انجام نمی‌دهند، پرداختند. نتایج آنان نشان داد که مراقبه کنندگان در مقایسه با گروهی که مراقبه انجام نمی‌دهند، سطوح بالایی از ذهن آگاهی، حس شفقت به خود و به طور کلی حس بهزیستی بالا و سطوح پایینی از نشانگان روان شناختی، نشخوار فکری، سرکوبی افکار، ترس از هیجان و مشکلات تنظیم هیجان را گزارش می‌کنند (۳). سگال<sup>۲۰</sup> و همکاران معتقدند که مراقبه‌ی ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد که (۱) در گام اول محتوای مخرب و الگوهای عادت گونه ذهن را شناسایی کنند و سپس (۲) این اطلاعات را به شیوه‌ای غیرقضاوتی پردازش کنند و به هم مرتبط سازند تا فرایند انتخاب از میان گزینه‌های مختلف برای فرد آسان شود. این رویکرد، فعالیت‌های منعطف شناختی را افزایش می‌دهد و به افراد اجازه می‌دهد تا نشخوار فکری، تعمیم دهی افراطی و ارزیابی خود انتقادگرانه را کاهش داده و فرایندهای شناختی سازنده هم چون مشاهده‌ی بدون قضاوت را افزایش دهند (۲۶). سطح پایین ذهن آگاهی با افسردگی و اضطراب، روان رنجوری، دل‌بستگی ناایمن، عاطفه منفی و اخلال در تنظیم هیجانی مرتبط است (۲۷). تامپسون<sup>۲۱</sup> و همکاران بیان می‌کنند که ذهن آگاهی با نگاهی پذیرا و آگاهانه نسبت به تجارب، از تفکر نشخوارگونه و افسرده‌زا جلوگیری کرده و منجر به انعطاف روان شناختی نسبت به

17 Carmody, J.

18 Baer, R.H.

19 Lykins, E.

20 Segal Z.V.

21 Thompson, R. W.

22 Ryff, C. D

23 Imani M.

24 Jain Sh.



(۸). دلگادو<sup>۲۷</sup> و همکاران در بررسی نقش ذهن آگاهی در عاطفه و خلق، به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی پیش بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نمایند (۳۵). افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات که از جنبه های مثبت ذهن آگاهی است، باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگاران و حالت های روانشناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت ها می شود و منجر به کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی و کاهش افسردگی و خشم شده و در کاهش نشانه های کوتاه مدت و درازمدت خلق افسرده موثر است (۳۶).

ذهن آگاهی سه تاثیر عمده روی عواطف می گذارد: ۱) کاهش عاطفه منفی (۲) افزایش عاطفه مثبت (۳) تغییر در نحوه پاسخ دهی افراد به عاطفه منفی در زمانی که رخ می دهد. جین و همکاران متوجه شدند که شرکت کنندگان پس از چهار جلسه تمرین مراقبه ای ذهن آگاهی کاهش پریشانی کلی و افزایش حالات مثبت ذهن را گزارش کردند (۶). چندی از پژوهش ها نیز به این نکته اشاره دارند که مداخلات مختصر ذهن آگاهی، شیوه ای نوین برای تنظیم عواطف است (۱۷، ۱۹). اما با این وجود، در این پژوهش MBSR نتوانست میزان عاطفه مثبت را افزایش دهد. در این خصوص می توان علل ضمنی متفاوتی را در نظر گرفت. اول اینکه همواره کاهش عواطف منفی به مراتب آسان تر و سریع تر از افزایش عاطفه مثبت اتفاق می افتد، شاید به همین دلیل است که کاهش غم و ناراحتی همیشه سهل تر از بالابردن احساس شادمانی درونی و افزایش احساسات مثبت است. بنابراین ممکن است افزایش عاطفه منفی نیاز به زمان طولانی تر و روش های درمانی متمرکز تر بر این هدف داشته باشد. ضمن اینکه باید در نظر داشته باشیم که نمونه ی مورد

آگاهی، منجر به کاهش آشفتگی روانی، نشخوار فکری، حواس پرتی و افزایش حالات خلقی مثبت می شود (۳). پژوهش جین و همکاران نشان می دهد که مراقبه ای ذهن آگاهی در کاهش حالات روان شناختی منفی و افزایش حالات مثبت در میان دانشجویانی که سطح آشفتگی بالایی را تجربه کردند، موثر است. این پژوهش نشان داد که تمرین ذهن آگاهی می تواند تاثیر بسزایی در کاهش پاسخ های ناکارآمد و نشخوارگونه در خلق افسرده داشته باشد و این کاهش نشخوار فکری در تمرین ذهن آگاهی، خود می تواند منجر به کاهش آشفتگی شود (۱۴). نتایج بررسی های بوهلمیجر<sup>۲۵</sup> و همکاران و گراسمن<sup>۲۶</sup> و همکاران نیز بر کاهش نشانگان بالینی (افسردگی و اضطراب) و نشانگان غیر بالینی (هیجانات ناخوشایند و آشفتگی های روان شناختی) در میان افراد مختلف اشاره دارد (۳۴).

نتایج تحقیق براون و همکاران مشخص کرد که ذهن آگاهی می تواند فرایندهای نظم دهنده ای را که به عنوان سپری علیه اختلالات خلقی عمل می کنند، تقویت کند (۸). آموزش ذهن آگاهی نقش مهمی در اصلاح جنبه های مهم تجربه ای هیجانی ایفا می کند بدین معنا که باعث افزایش وضوح و تمیز هیجانات، احساسات و افزایش توانایی در ادراک و تنظیم هیجانات می شود (۳۵). به عبارتی دیگر، ذهن آگاهی با افزایش آگاهی از هیجانات درست همان گونه که رخ می دهند، منجر به بهبود در تنظیم هیجانات می شود که این امر خود منجر به این می شود که نام دهی مناسبی به هیجانات داشته باشیم و با دیدی پذیرا و رشد دهنده ای هیجانات مثبت، به آن ها پاسخ دهیم و بنابراین باعث بهبود در تنظیم خلق می شود

25 Bohlmeijer, E.

26 Grossman, P.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است که به آن‌ها اشاره می‌کنیم. تعداد آزمودنی‌های شرکت کننده در این پژوهش محدود بود. این محدودیت می‌تواند تعمیم پذیری نتایج را دچار مشکل کند و براین اساس نتایج باید با احتیاط تفسیر شوند. هم‌چنین محدود کردن پژوهش به یک جنس، تعمیم پذیری آن را به مردان دارای این مسائل، با مشکل مواجه می‌سازد.

### نتیجه گیری

به نظر می‌رسد که الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی می‌تواند سطح نشانگان افسردگی و عاطفه منفی را در جمعیت غیر بالینی کاهش دهد.

بررسی ما ناهمگن بوده اند و ممکن است این ناهمگنی خود نیز در این میان نقش داشته باشد. دوم اینکه شاید بتوان از سایر درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی برای افزایش عاطفه مثبت بیشتر از MBSR سود جست به عنوان مثال در تحقیق کاسین<sup>۲۸</sup> و همکاران مشخص گردید که خلق افرادی که از راهبردهای ذهن آگاهی استفاده کرده‌اند، بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته است (۹). بنابراین می‌توان پژوهش متمرکزتر بر افزایش عاطفه مثبت از طریق انواع درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان پیشنهاد ویژه‌ی این مقاله مطرح ساخت.

## Reference

1. Malinowski P, Lim HJ. Mindfulness at work: positive affect, hope, and optimism mediate the relationship between dispositional mindfulness, work engagement, and well-being. *Mindfulness* 2015; 6:1250-62.
2. Vaughn LA, Dubovi AS, Niño NP. Processing fluency affects behavior more strongly among people higher in trait mindfulness. *J Res Personal* 2013; 47:782-8.
3. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev* 2011; 31:1041-56.
4. Crane R. *Mindfulness-based cognitive therapy: distinctive features*. Abingdon: Routledge Press; 2009.
5. Didonn, F. *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer Science, Business Media, LLC; 2009.
6. Vinci C, Peltier MR, Shah S, Kinsaul J, Waldo K, McVay MA, et al. Effects of a brief mindfulness intervention on negative affect and urge to drink among college student drinkers. *Behav Res Ther* 2014; 59:82-93.
7. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev* 2015; 37:1-12.
8. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personal Individ Differ* 2010; 49:645-50.
9. Shikatani B, Antony MM, Kuo JR, Cassin SE. The impact of cognitive restructuring and mindfulness strategies on postevent processing and affect in social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2014; 28:570-9.
10. Carlson LE, Garland SN. Impact of Mindfulness-based stress reduction (BMSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *Int J Behav Med* 2005; 12:278-85.
11. Nyklíček I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med* 2008; 35:331-40.
12. Gill NP, Bos EH, Wit EC, de Jonge P. The association between positive and negative affect at the inter- and intra-individual level. *Personal Individ Differ* 2017; 105:252-6.
13. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psych Med* 2003; 65:564-70.
14. Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med* 2007; 33:11-21.
15. TangYY, Ma Y, Wang J, Fan Y, Feng S, Lu Q, et al. Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proc Natl Acad Sci* 2007; 104:17152-6.
16. Desrosiers A, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. *Behav Ther* 2013; 44:373-84.
17. Ortner CN, Kilner SJ, Zelazo PD. Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motiv Emotion* 2007; 31:271-83.
18. Sharifi Daramadi P. Effect of mindfulness-based therapy on depression, anxiety and rumination in adult. *Clin Psychol Stud* 2014; 14:99-118.
19. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behav Res Ther* 2006; 44:1849-58.
20. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med* 2008; 31:23-33.
21. Mohammadkhani P, Jahanitabesh O, Tmanaeifar S. *Structured clinical interview for DSM-IV Disorders*. Tehran: Faradid Publication; 2005. (Persian)
22. Mohammadi N. The factor structure of state and trait forms of positive and negative affect scales. *J Behav Sci* 2011; 5:21-6. (Persian)
23. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. *Psychological tests: personality and mental health*. 9<sup>th</sup> ed. Tehran: Besat; 2012. (Persian)

24. Seidi P, Naderi F, Askary P, Ahadi H, Mehrabizadeh-Honarmand M. Effectiveness of biofeedback- relaxation on depression, anxiety and blood glucose in type I diabetic patients. *J Clin Psychol* 2017; 8:75-84. (Persian)
25. Chaskalson M. *The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
26. Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognit Ther Res* 2004; 28:433-55.
27. Pepping CA, Duvenage M, Cronin TJ, Lyons A. Adolescent mindfulness and psychopathology: the role of emotion regulation. *Personal Individ Differ* 2016; 99:302-7.
28. Bajaj B, Pande N. Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personal Individ Differ* 2016; 93:63-7.
29. Kong F, Wang X, Zhao J. Dispositional mindfulness and life satisfaction: The role of core self-evaluations. *Personal Individ Differ* 2014; 56:165-9.
30. Wenzel M, Versen CV, Hirschmüller S, Kubiak T. Curb your neuroticism—Mindfulness mediates the link between neuroticism and subjective well-being. *Personal Individ Differ* 2015; 80:68-75.
31. Schutte NS, Malouff JM. Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personal Individ Differ* 2011; 50:1116-9.
32. Imani M, Karimi J, Behbahani M, Omid A. Role of mindfulness, psychological flexibility and integrative self-knowledge on psychological well-being among the university students. *Feyz J* 2017; 2:171-8. (Persian)
33. Badan Firoz A, Makvand Hosseini S, Mohammadifar MA. The relationship of emotion regulation with depression and anxiety symptoms of university students: The
34. Mediating Role of Mindfulness. *Shenakht J Psychol Psych* 2017; 4:24-38. (Persian)
35. Boyle MP. Mindfulness training in stuttering therapy: a tutorial for speech-language pathologists. *J Fluency Disord* 2011; 36:122-9.
36. Delgado LC, Guerra P, Perakakis P, Vera MN, del Paso GR, Vila J. Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programmer based on mindfulness. *Behav Res Ther* 2010; 48:873-82.
37. Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims. *Arak Med Univ J* 2012; 15:107-18.

## Original Article

### Evaluation of effectiveness of mindfulness-based stress reduction model on Positive and Negative Affects and Depression syndrome

Received: 18/10/2017 - Accepted: 20/02/2018

Elham Mirzaee<sup>1\*</sup>

Mohammad Reza Shairi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MA of Clinical Psychology, Clinical Psychologist Department, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor of Clinical Psychology, Clinical Psychology Department, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

\* Responsive Author Address:  
Mashhad, Ferdowsi University, Student Counseling and Empowerment Center

Tel: 00989308657612

E-mail: mirzaeelham88@gmail.com

#### Abstract

**Introduction:** Due to the importance of negative depression syndrome and negative affects in psychological well-being, the aim of the present study was to determine the effectiveness of mindfulness-based stress reduction model on Positive and Negative Affects and reducing the Depression syndrome in a non-clinical population.

**Methodology:** The present research was a quasi-experimental study. The statistical population included all female undergraduate students studying in all faculties of Shahed University of Tehran. Having selecting eligible participants, they were categorized into two groups randomly: mindfulness-based stress reduction group (11 people) and control group (9 people). Experimental group participated in the course which was hold at the faculty of Humanities of Shahed University for two months from November to January (eight sessions), while the control group did not receive training at all. The two groups received two questionnaires before and after their training, i.e., Beck Depression Inventory (II) and Positive and Negative Affect scale (PANAS). The acquired data were analyzed using U Mann Whitney and Wilcoxon signed-rank tests via SPSS software.

**Results:** Using therapy pattern of mindfulness-based stress reduction results in reducing Depression syndrome and negative affects levels in experimental group compared to control group but do not make change in Positive affect level participants. Therefore, This therapeutic pattern can be applicable in students and non-clinical populations, while using clinical precautions.

**Conclusion:** According to our findings, mindfulness-based stress reduction model proved to be effective in reducing Depression syndrome and Negative Affects in non-clinical populations.

**Keywords:** Depression, Negative affect, Positive affect, Mindfulness, Mindfulness-based stress reduction model