

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان^ا

The Effect of Mindfulness Training on the Dysfunctional Attitude and Automatic Thinking of Depressed Students of Isfahan University^ا

Hassan Azargoon,* M.Sc.

Mohammad Bagher Kajbaf Ph.D.

حسن آذرگون^{اا}

دکتر محمد باقر کجباغ^{ااا}

Abstract

In this research the effectiveness of mindfulness training on the dysfunctional attitude and automatic thinking of students was examined. A total of 36 depressed students (12 males and 24 females) were randomly selected and assigned into training and control groups. All participants filled the DAS Inventory and the ATQ Questionnaire before and after the beginning of training. The training group received 8 weekly two-hour sessions of mindfulness training, while the control group did not receive any training. The results of analysis of covariance showed a significant reduction in dysfunctional Attitude and Automatic thinking of the training group as compared to the control group ($p < .01$). The qualitative observation showed that this method could also be effective in increasing the participants concentration.

Keywords: mindfulness, automatic thinking, dysfunctional attitude

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند می‌پردازد. این روش آموزشی بر اساس نظریه‌های شناختی تیزدیل بنا شده است. به این منظور از بین مراجعین مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان به صورت تصادفی 36 بیمار مبتلا به افسردگی (12 مرد و 24 زن) انتخاب و به طور تصادفی در 2 گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. کلیه بیماران پیش از آغاز درمان و پس از آن سیاهه افسردگی بک و پرسشنامه نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند را پرکردند. آموزش ذهن آگاهی به صورت گروهی در 8 جلسه (هفته‌ای یک جلسه دو ساعته) بر روی گروه آزمایش انجام گردید سپس با استفاده از نرم افزار SPSS داده‌ها تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از اثر بخشی روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بود. به طوری که در نمرات بدست آمده از پرسشنامه‌های نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند و سیاهه افسردگی بک گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش محسوسی دیده شد ($p < .01$).

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، نگرش ناکارآمد، افکار خودآیند، افسردگی

^ا Faculty of Psychology, and Education of University Isfahan. I.R.Iran

* Email: Azargoon_h@yahoo.com

^ا دریافت مقاله: 1387/6/26 تصویب نهایی: 1388/2/13

^{اا} دانشگاه پیام‌نور سر ولایت

^{ااا} دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

- مقدمه

بسیاری از انسان‌ها به دلایل مختلف و با درجات و طول زمان متفاوت دچار افسردگی می‌شوند و شیوه‌های متفاوتی را جهت انطباق با افسردگی به کار می‌برند. در هر لحظه از زمان 4 تا 15 درصد افراد جامعه از نظر بالینی، معیارهای لازم جهت تشخیص افسردگی را دارا هستند. با وجود این برخی از این افراد بدون هرگونه درمان به افسردگی خود فائق می‌آیند (جانگسما و پالچ، 2000).

در طول دوره «افسردگی»، خلق منفی همراه با فکر، احساس رخوت و سستی بدنی مشاهده می‌شود. هنگامی که افسردگی بهبود پیدا می‌کند و خلق به حالت طبیعی بر می‌گردد، فکر منفی، احساس رخوت و سستی بدنی به ظاهر از بین می‌رود. هنگامی که خلق منفی به هر دلیلی دوباره ایجاد شود می‌تواند آغازگر نشانه‌های افسردگی باشد. یعنی با ایجاد «خلق منفی» عادت‌های قدیمی افکار خودبخودی و نشخوارهای فکری دوباره شروع می‌شود و یک دوره کامل افسردگی ممکن است ایجاد گردد (سینز، 2003).

افزایش تفکر منفی به ویژه در ارتباط با خود و آینده یکی از نشانه‌های افسردگی است و با بهبود فرد، تفکر منفی کمتر بروز می‌کند بسیاری از شناخت درمانگران بر این باورند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری به وسیله فرآیندهای شناختی ایجاد می‌شوند. از این رو افکار، باورها و سایر فرآیندهای شناختی تعیین کننده اصلی خلق و هیجان می‌باشند هاگگ، دایک و ارنست، 1991، تیزدیل، 1997).

تیزدیل و نوبارد (1993) بر این باورند که تنها روش شناخت درمانی در سطح افکار منفی خود آیند و باورهای اساسی بیماران افسرده برای درمان کافی به نظر نمی‌رسد. در نظریه «زیر نظام‌های شناختی متعامل» ارتباط میان فرآیندهای شناختی و هیجانی پیچیده و چند وجهی است. در این ارتباط تیزدیل (1997) به دو نوع باور اشاره می‌کند 1. باور هیجانی (شناخت گرم) 2. باور عقلانی (شناخت سرد). روشهای سستی شناخت درمانی تنها باورهای هیجانی را کاهش می‌دهد. تأکید بر باورهای هیجانی از ویژگی‌های شناخت درمانی تیزدیل به شمار می‌رود. این باور در بسیاری از جنبه‌ها با

یکدیگر تفاوت دارند. بر اساس نظریه نظام‌های شناختی متعامل، افسردگی از راه بازسازی الگوهای روان‌بنه‌ای تداوم می‌یابد، بنابراین هدف اصلی درمان باید جانشین سازی الگوهای روان‌بنه‌ای انطباقی‌تر باشد.

با کشف ارتباط بین «خُلُق» و «افکار منفی» می‌توان به درمان افسردگی پرداخت و از بازگشت مجدد آن پیشگیری کرد. در سال 1992 تیزدیل و ویلیامز از دانشگاه ولز¹ و سگال از تورنتو² رویکرد جدیدی به منظور درمان، پیشگیری و جلوگیری از بازگشت افسردگی تبیین نموده‌اند که بر اساس آن بین شناخت، هیجان و ذهن موقعیتی ارتباط دیده شده، و به نام رویکرد شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معروف گردیده است. تیزدیل (1999) همسو با مطرح شدن مباحث فراشناختی در زمینه اختلالات هیجانی، دیدگاه خود را به فراشناخت ربط داد. شپارد³ و تیزدیل (1996) تفکر ناکارآمد را «اختلال افسردگی اساسی» نوعی نقص در باز بینی فراشناختی نامیدند. آگاهی فراشناختی اشاره بر این دارد که میل‌ها، فکرهای منفی و احساس‌های دلهره آور همه حوادث و رویدادهای گذرای شناختی هستند، در مقابل آن چیزی که بازتاب حوادث عینی و موجه؛ می‌باشند. «ذهن آگاهی» به معنی توجه کردن به شیوه‌ای هدفمند خاص در زمان حال و خالی از قضاوت است (کابات زین، 2002).

بیر (2003) «ذهن آگاهی» را به عنوان مشاهده فاقد قضاوت نسبت به جریان در حال پیشرفت درونی و بیرونی محرک‌ها و بروز آنها تعریف کرد. قضاوت نکردن، ذهن آگاهی را پرورش می‌دهد وقتی شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبه رو می‌شوید، قضاوت نکردن درباره تجربیات، بیشتر از آن چه که می‌بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می‌شوید. البته این از پذیرش تجربیات لذت آور و دردناک ناشی می‌شود. پذیرش این نیست که دوباره چیزهایی که از نظر اخلاقی قابل قبول نیست را تصدیق کنیم، بلکه پذیرش در مورد رفتارها متفاوت است. به عبارت دیگر تغییر همسان پذیرش است اگر چه سریعتر اتفاق می‌افتد (جاکوبسن و همکاران، 2000).

کارلن و لانگر (2006) از «ذهن آگاهی» به عنوان وضعیت شناختی یاد کردند و باصراحت بیان نمودند که بین ذهن آگاهی و مراقبه ذهن آگاهی بودائی تمایز وجود دارد. البته نباید منکر شباهت‌های آنها شد. همچنین بین ذهن آگاهی و درمان «عقلانی-عاطفی ایس» شباهت‌هایی وجود دارد (ایس، 2006). ذهن آگاهی در آیین بودا تحت

عنوان «توجه محض» یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است. ذهن آگاهی به فرایند توجه مداوم بیشتر از محتوای هر رویداد تمرکز دارد (کارداکیوتو، 2005). ذهن آگاهی نوعی آگاهی غیر قضاوتی از تجربه شخصی است و بدون آنکه قضاوتی در مورد آن صورت گیرد، لحظه به لحظه آشکار می شود. هر چند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام سازی نیست، اما مشاهده رویدادهای منفی درونی بدون هیچگونه قضاوتی درباره آنها، یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز آرامش می شود. ذهن آگاهی مشاهده محرکهای درونی و بیرونی همان گونه که اتفاق می افتد بدون هیچ گونه قضاوت و پیش داوری است. ذهن آگاهی مهارتی است که به افراد اجازه می دهد که در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده اند، دریافت کنند. وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می شوند دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی کنند. بیشتر مشکلات روانی معمولاً با حوادثی که در گذشته روی داده یا در آینده اتفاق خواهد افتاد مربوط است. به عنوان مثال افرادی که افسرده اند درباره گذشته، اغلب احساس پشیمانی و گناه می کنند و کسانی که اضطراب دارند نگرانی از مشکلات آینده باعث ایجاد ترس و دلشوره در آنها می شود. (کابات زین 2002، روبینز 2002، بائر 2003، بورکوک، 2002).

«ذهن آگاهی» بر اساس آموزش یک سری تکالیف به صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به طور هدفمند و آگاهانه می تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات، را افزایش دهد. تمرین های ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب الوقوع شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ های نگران کننده است. و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می شود (کری جی، 2004). با توجه به آنچه بیان شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی «روشهای درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی»^۴ (MBCT) در کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خود آیند انجام شده است. فرضیه های پژوهش عبارتند از:

1. آموزش ذهن آگاهی «افسردگی» را در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش می دهد.
2. آموزش ذهن آگاهی «نگرش ناکارآمد» را در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش می دهد.
3. آموزش ذهن آگاهی «افکار خودآیند» را در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش می دهد.

● روش

«روش» پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است، که با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل اجرا شده است. «جامعه آماری» این پژوهش مجموعه دانشجویانی هستند که به خاطر داشتن علائم افسردگی به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان مراجعه کردند. برای انتخاب اعضای گروه تعداد 70 نفر از مراجعینی که در مرکز مشاوره دانشگاه پرونده داشتند، انتخاب شدند و سپس با استفاده از «سیاهه افسردگی بک» و مصاحبه بالینی، 46 نفر به طور تصادفی انتخاب و در نهایت این افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی آزمودنیها 23/5 سال بوده است. برای تحلیل داده‌های بدست آمده از آزمون (تحلیل کواریانس) استفاده شده است. و همچنین برای تایید همسانی واریانسها آزمون لوین گرفته شده است.

● ابزار

الف: سیاهه افسردگی بک⁵: این سیاهه یکی از شناخته شده‌ترین آزمونهای سنجش افسردگی است. این آزمون شامل 21 ماده است و هر ماده آن دارای چهار جمله می‌باشد که هر کدام علامتی از افسردگی را از صفر تا 3 درجه بندی می‌کند. نمره کلی هر فرد در این ابزار، با حجم نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید. بک و همکارانش (1988) ضریب اعتبار همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از 0/73 تا 0/86 و ضریب همبستگی آن با «سیاهه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا» (MMPI)، 0/74 گزارش کرده‌اند (مهرابی زاده، هنرمند، 1375). مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شده، روایی و اعتبار این آزمون را در جمعیت سالم و

بالینی نشان داده است (کاویانی، موسوی و محیط، 1380).

ب: مقیاس ارزیابی نگرش‌های ناکارآمد⁶ (DAS). آسیب شناختی بر مبنای الگوی شناختی بک (1976-1967) تأکید فراوانی بر سنجش ساختارهای وابسته به شناخت دارد (بک و همکاران 1988). یکی از مقیاس‌ها در این زمینه «مقیاس ارزیابی نگرش‌های ناکارآمد» است که توسط بک و ویسمن⁷ بوجود آمد که مهمترین آزمون سبک شناختی در پژوهش‌های مراکز گوناگون ایالات متحده آمریکا در زمینه درمان شناختی است. این مقیاس به منظور سنجش و ارزیابی «فرضیات»، «اعتقادات» زیر بنایی که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک می‌باشد، بنا شده است. به علاوه فرض بر این است که چنین فرضیات و اعتقاداتی بیانگر محتوای نسبتاً ثابت روان‌بنه‌های شناختی می‌باشند. این مقیاس به صورت دو فرم موازی الف و ب می‌باشد که هر کدام دارای 40 سؤال است. که فرض‌های زیربنایی حاکم بر «افسردگی» را اندازه می‌گیرد. این مقیاس یک پرسش‌نامه خود سنجی است که شامل 40 ماده و هر ماده دارای 7 رتبه از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» می‌باشد که درجه نگرش‌های ناسازگارانه را مورد سنجش قرار می‌دهد. ماده‌هایی که به صورت یکی از دو انتهای رتبه‌ها نمره گذاری شده است (یعنی نمره‌های 6 و 7) بیانگر یک نگرش کاملاً انعطاف ناپذیر می‌باشد و می‌تواند مشروحاً مورد بحث قرار گیرد. این مقیاس دارای ضریب اعتبار بالا (0/90) و ثبات معقولی ($r = 0/73$) در مدت بیش از شش هفته (ویسمن، میلر، نورمن و کیتز، 1991 به نقل از جواهری، 1383) می‌باشد. برای ارزیابی روایی این مقیاس توسط پژوهشگر روی 60 دانشجوی دانشگاه اصفهان با میانگین سنی 23 سال انجام گرفت که در نتیجه ضریب آلفای کرونباخ 0/87 به دست آمد.

ج: پرسش‌نامه افکار خودآیند⁸ (ATQ) این پرسش‌نامه آزمونی است که برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودکار در مورد «خود» است. این اظهار نظرهای منفی ناآشکار نقش مهمی در ایجاد، دوام و درمان آسیب‌های روان شناختی مختلف از جمله افسردگی ایفا می‌کند. «پرسش‌نامه افکار خودآیند» چهار جنبه از این افکار خودآیند شامل: «ناسازگاری شخصی و تمایل به تغییر»⁹ (PMDC) «خودپنداشت منفی و انتظارات منفی»¹⁰ (NSNE)، «اعتماد به نفس پایین»¹¹ (LSE)، و «نالامیدی»¹²، را می‌سنجد. این پرسش‌نامه به خصوص از این جهت ارزشمند است که برای سنجش تغییر

شناخت‌های مربوط به مداخلات بالینی همین‌طور و به منظور ارزیابی شناختی «خودآشایی»¹³ در افسردگی ساخته شده است. این پرسش نامه روی نمونه ای مرکب از 312 دانشجوی دانشگاه، هنجار شده است. میانگین سنی این نمونه 22-20 سال یا انحراف معیار 4/34 سال بوده است. این نمونه از آزمودنی‌ها به صورت افسرده یا غیر افسرده براساس نمرات «سیاهه افسردگی بک» و MMPI طبقه بندی شده بودند. نمره میانگین «پرسش‌نامه افکار خودآیند» در نمونه افسرده 79/64 با انحراف معیار 22/29 بود. نمره میانگین در نمونه غیر افسرده 48/57 با انحراف معیار 10/89 بود. اعتبار این پرسش‌نامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای 0/97 برخوردار است. روایی 30 سؤال آن از یک سری صد سؤالی انتخاب شده است که همگی به خوبی آزمودنی‌های افسرده را از غیر افسرده جدا می‌کند. (جواهری، 1383). به منظور ارزیابی مجدد اعتبار پرسش‌نامه توسط پژوهشگر روی 60 دانشجوی دانشگاه اصفهان در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد با میانگین سنی 23 سال انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ 0/94 به دست آمد.

د: پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسشنامه اساساً برای جمع‌آوری نظام‌دار اطلاعات فردی آزمودنی‌ها تنظیم شد و شامل سن، جنس، تحصیلات، تأهل و سابقه بیماری جسمی و روانی بود.

ی: به منظور اجرای این پژوهش، پس از تعیین اهداف پژوهشی و تعریف جامعه آماری، با استفاده از روش مداخله ای ذهن آگاهی، 46 نفر آزمودنی انتخاب شد و به صورت تصادفی در گروه‌های کنترل و آزمایش گمارده شدند و سپس بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه، سیاهه‌های افسردگی بک و نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و سپس جلسات آموزشی را برای گروه آزمایشی به مدت 8 جلسه (هفته ای یکبار هر جلسه 2 ساعت) برگزار گردید. مداخله ارائه شده در این پژوهش آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است). در این مدت گروه کنترل هیچگونه آموزش دریافت نکرده اند. در انتهای جلسه هشتم مجدداً ابزارها در بین دو گروه (آزمایش و کنترل) توزیع و اجرا شد. در نهایت پس از نمره گذاری پرسشنامه‌ها، تحلیل آماری مناسب با اهداف پژوهش صورت گرفت، بر این اساس عضویت گروهی و جنس متغیر مستقل در fix factor قرار گرفته و نمرات افسردگی و

نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند به عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیر کنترل داخل گزینه covariate قرار گرفته است.

™ محتوای جلسات:

جلسه اول «هدایت خودکار»، جلسه دوم «مقابله با موانع و مشکلات»، جلسه سوم «ذهن آگاهی بر روی تنفس»، جلسه چهارم «در زمان حال بودن»، جلسه پنجم «پذیرش و وجود»، جلسه ششم «افکار واقعی نیستند»، جلسه هفتم «چگونه می توان به بهترین نحو از خود مراقبت کرد»، جلسه هشتم «استفاده از مطالب آموخته شده جهت مهار خلق در آینده».

● یافته‌ها

از مجموع 23 نفر آزمودنی گروه آزمایش 5 آزمودنی به دلیل مشارکت ناقص در جلسات درمانی و همچنین عدم تکمیل پرسشنامه‌های مرحله پس آزمون از تحلیل حذف شدند. جدول 1 نشان می دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل با مقایسه پیش آزمون و پس آزمون وجود دارد. ولی از لحاظ جنس معنادار نبوده است.

جدول 1- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات افسردگی در دو گروه

گروه	جنس	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین
آزمایشی	پسر	6	21/17	5/27	6	9/83	4/66	6	10/33
	دختر	12	21/08	4/73	12	8/75	4/75	12	9/67
	کل	18	21/11	4/76	18	9/11	4/61	18	9/89
کنترل	پسر	6	24/16	5/6	6	25/5	4/72	6	24/5
	دختر	12	25/33	9/16	12	26/5	9/43	12	25/33
	کل	18	24/94	7/99	18	26/16	8/02	18	25/06

همانگونه که در جدول 2 مشاهده می گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر «افسردگی»، «نگرش ناکارآمد» و «افکار خودآیند» در پس آزمون و پیگیری تائید می گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات در دو

گروه آزمایش و کنترل تأیید شد. نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون و پیگیری افسردگی در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول 2 آمده است.

جدول 2- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

معناداری P	درجه آزادی دوم (مخرج)	درجه آزادی اول (صورت)	F	شاخصها	
				مقیاس	
0/923	32	3	0/159	پس آزمون	افسردگی
0/386	32	3	1/046	پیگیری	
0/198	32	3	1/647	پس آزمون	نگرش ناکارآمد
0/420	32	3	0/968	پیگیری	
0/489	32	3	0/826	پس آزمون	افکار خودآیند
0/566	32	3	0/688	پیگیری	

جدول 3- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر میزان نمرات افسردگی پس آزمون و پیگیری

توان آماري	میزان تاثیر	معناداری (P)	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مرحله	آماره منبع تغییرات
1	0/821	0/001	142/661	1189/178	1	پس آزمون	پیش آزمون
1	0/758	0/001	96/879	783/467	1	پیگیری	
0/079	0/009	0/608	0/268	2/238	1	پس آزمون	جنس
0/060	0/003	0/758	0/096	0/780	1	پیگیری	
1	0/839	0/001	161/886	1349/432	1	پس آزمون	عضویت گروهی
1	0/818	0/001	138/924	1123/489	1	پیگیری	
0/074	0/007	0/643	0/220	1/832	1	پس آزمون	تعامل جنس و عضویت گروهی
0/059	0/003	0/773	0/085	0/687	1	پیگیری	

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد نمرات پیش آزمون رابطه معناداری با نمرات پس آزمون و پیگیری دارد، اما این رابطه مهار شده است. همچنین، با مهار اثر نمرات پیش

آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد ($p < 0/01$) لذا فرضیه اول تأیید شده و با توجه به میانگین‌های دو گروه مندرج در جدول 1 نتیجه گرفته می‌شود که «آموزش ذهن آگاهی» باعث «کاهش نمرات افسردگی» در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است؛ میزان تفاوت حاکی از آن است که آموزش مذکور در پس آزمون 84 درصد و در مرحله پیگیری 83 درصد از تفاوت در نمرات افسردگی را موجب شده است. توان آماری یک، حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. تأثیر جنس بر نمرات افسردگی معنی دار نیست. یعنی تفاوتی بین میانگین‌های پسران و دختران در جامعه وجود ندارد و همچنین تعامل معنی داری بین تأثیر عضویت گروهی و جنس وجود ندارد ($p = 0/643$ و $p = 0/773$).

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات نگرش ناکارآمد در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک دختر و پسر در جدول 4 ارائه شده است

جدول 4- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات نگرش ناکارآمد در دو گروه

گروه	جنس	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی	پسر	6	83/17	22/54	6	65/5	21/17	6	66/17	16/84
	دختر	12	79/08	18/16	12	52/83	11/76	12	55	11/8
	کل	18	80/44	19/15	18	57/05	16/1	18	58/72	14/24
کنترل	پسر	6	78/33	20/29	6	82/5	11/62	6	79/33	8/62
	دختر	12	82/08	25/49	12	81/33	25/72	12	78/92	23/47
	کل	18	80/83	23/34	18	81/72	21/63	18	79/05	19/45

نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون و پیگیری نگرش ناکارآمد در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول 5 آمده است.

جدول 5- نتایج تحلیل کواریانس تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر میزان نمرات نگرش ناکارآمد پس آزمون و پیگیری

آماره منبع تغییرات	مرحله	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	پس آزمون	1	8218/495	72/900	0/001	0/702	1
	پیگیری	1	5599/927	45/887	0/001	0/597	1
جنس	پس آزمون	1	369/351	3/276	0/080	0/096	0/418
	پیگیری	1	259/104	2/123	0/155	0/064	0/292
عضویت گروهی	پس آزمون	1	4386/118	38/906	0/001	0/557	1
	پیگیری	1	2915/636	23/891	0/001	0/435	0/997
تعامل جنس و عضویت گروهی	پس آزمون	1	66/129	0/587	0/450	0/019	0/115
	پیگیری	1	71/971	0/590	0/448	0/019	0/115

نتایج جدول 5 نشان می‌دهد نمرات پیش آزمون رابطه معناداری با نمرات پس آزمون و پیگیری دارد اما این رابطه کنترل شده است. همچنین، با کنترل اثر نمرات پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد ($p < 0/01$). لذا فرضیه سوم تأیید شده و با توجه به میانگین‌های دو گروه مندرج در جدول 3 نتیجه گرفته می‌شود که «آموزش ذهن آگاهی» باعث کاهش نمرات «نگرش ناکارآمد» در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است؛ میزان تفاوت حاکی از آن است که آموزش مذکور در پس آزمون 56 درصد و در مرحله پیگیری 43 درصد از تفاوت در نمرات نگرش ناکارآمد را موجب شده است. توان آماری یک و 0/997، حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. تاثیر جنس بر نمرات نشخوار فکری معنی دار نیست. یعنی تفاوتی بین میانگین‌های پسران و دختران در جامعه وجود ندارد و همچنین تعامل معنی داری بین تاثیر عضویت گروهی و جنس وجود ندارد ($p = 0/450$ و $p = 0/448$). چنانچه مشاهده می‌شود بطور کلی میانگین نمرات نگرش ناکارآمد گروه آزمایشی بطور معنی داری کمتر از گروه کنترل است.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات «فکار خودآیند» در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک دختر و پسر در جدول 6 ارائه شده است.

جدول 6- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات افکار خودآیند در دو گروه

گروه	جنس	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین
آزمایشی	پسر	6	72/33	23/94	6	48/67	15/96	6	53/17
	دختر	12	62/25	17/72	12	40/17	6/07	12	40/5
	کل	18	65/61	19/88	18	43	10/76	18	44/72
کنترل	پسر	6	64/17	16/24	6	63/33	8/80	6	61/83
	دختر	12	67/67	25/02	12	71/33	29/43	12	68/67
	کل	18	66/5	22/17	18	68/67	24/46	18	66/39

نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون و پیگیری افکار خودآیند در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول 7 آمده است.

جدول 7- نتایج تحلیل کواریانس تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر میزان نمرات افکار خودآیند پس آزمون و پیگیری

آماره / منبع تغییرات	مرحله	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	پس آزمون	1	7799/337	63/699	0/001	0/673	1
	پیگیری	1	4285/712	25/690	0/001	0/453	0/998
جنس	پس آزمون	1	36/892	0/301	0/587	0/010	0/083
	پیگیری	1	10/241	0/061	0/806	0/002	0/057
عضویت گروهی	پس آزمون	1	4572/900	37/348	0/001	0/546	1
	پیگیری	1	2934/116	17/588	0/001	0/362	0/982
تعامل جنس و عضویت گروهی	پس آزمون	1	84/477	0/690	0/413	0/022	0/127
	پیگیری	1	287/833	1/725	0/199	0/053	0/247

نتایج جدول 7 نشان می‌دهد نمرات پیش آزمون رابطه معناداری با نمرات پس آزمون و پیگیری دارد اما این رابطه مهار شده است. همچنین، با مهار اثر نمرات پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا فرضیه چهارم تأیید شده و با توجه به میانگین‌های دو گروه مندرج در جدول 5 نتیجه گرفته می‌شود که آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش نمرات افکار

خودآیند در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است؛ میزان تفاوت حاکی از آن است که آموزش مذکور در پس آزمون 55 درصد و در مرحله پیگیری 36 درصد از تفاوت در نمرات افکار خودآیند را موجب شده است. توان آماری یک و 0/982، حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. تاثیر جنس بر نمرات نشخوار فکری معنی دار نیست. یعنی تفاوتی بین میانگین‌های پسران و دختران در جامعه وجود ندارد و همچنین تعامل معنی داری بین تاثیر عضویت گروهی و جنس وجود ندارد. ($p=0/413$ و $p=0/199$).

● بحث و نتیجه گیری

i نتایج پژوهش نشان داد که «آموزش ذهن آگاهی» بر «کاهش افسردگی» موثر بوده است. نتایج بدست آمده در این پژوهش با یافته‌های شولمن (2004) همسویی دارد: شولمن با استفاده از روش «ذهن آگاهی» به درمان افراد افسرده پرداخت که در نهایت باعث کاهش 70 درصدی افسردگی شد. همچنین چانک و همکاران (2004) پژوهشی تحت عنوان تأثیرات برنامه کاهش تنیدگی مبنی بر ذهن آگاهی را روی درد، حالات مثبت ذهن، تنیدگی و خودکار ذهن آگاهی قبل و بعد از یک مداخله هشت هفته ای مورد مطالعه قرار دادند، نتایج نشان داد که نمرات پس آزمون تنیدگی به طور معناداری پایین تر از نمرات پیش آزمون بود، و سطح خودکارآمدی ذهن آگاهی و حالات مثبت ذهنی نسبت به نمرات پیش آزمون افزایش یافته است.

i با توجه به نمرات پس آزمون نگرش ناکارآمد، فرضیه دوم پژوهشگر مبنی بر اثر بخش بودن درمان ذهن آگاهی در کاهش نگرش ناکارآمد تایید شد. این نتایج با یافته‌های سگال (2002) همسویی زیادی دارد.

i یافته‌های این بررسی گویای آن است که در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بدون آنکه درمانگر مستقیماً به طرح داده‌ها و نگرش ناکارآمد آزمودنی‌ها درگیر شود نوعی بازسازی شناختی انجام می‌شود (کابات زین، 2005). با توجه به نمرات پس آزمون افکار خود آیند منفی، فرضیه سوم پژوهشگر مبتنی بر اثر بخش بودن درمان ذهن آگاهی در کاهش افکار خود آیند تأیید می‌شود. این نتایج با یافته‌های تیزدیل (2000) همسو می‌باشد. زیرا در این نتایج ذهن آگاهی در مورد حل مشکل نشان داده

است که فرد کوشش می‌کند با آن مشکل برخورد نماید یا به‌خوبی آن را بفهمد و به طور ضمنی مشکل را برای زمان حاضر و آینده توضیح دهد.

؛ همچنین یافته‌های این پژوهش با تحقیق تیزدیل و همکاران (2002) در زمینه کاهش افسردگی و افکار خودآیند منفی همسو می‌باشد. تیزدیل معتقد است که آمایه شناختی ناکارآمد منفی به عنوان حقایق در مورد خود تفسیر می‌شود در حالی که آمایه شناختی کارآمد منفی را به عنوان بخشی از واقعیت تفسیر می‌شوند که ممکن است با واقعیت مطابقت داشته باشد یا اینکه مغایر با آن باشد (تیزدیل، سگال، ویلیامز، 2002). ویلیامز و همکاران (2005) تحقیقی تحت عنوان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای پیشگیری از شیوع رفتارهای خودکشی انجام دادند و نشان دادند این روش برای بیمارانی که در گذشته دارای تجربیات خودکشی بودند مؤثر بوده است و با ذکر یک مطالعه موردی نشان دادند که چگونه مهارت‌های ذهن آگاهی با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رشد می‌کند و به فرایندهای شناختی که موجب بحران خودکشی هستند مرتبط می‌شوند.

؛ «آموزش گروهی ذهن آگاهی» دارای مزایای زیادی، از جمله صرفه جویی در زمان و هزینه مراجعین را شامل می‌شود. البته در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت، مانند این که دانشجویان پسر همکاری ضعیفی داشتند و همین امر باعث شد که بیشتر نمونه را دانشجویان دختر باشند. که این عامل مانع تعمیم نتایج پژوهش در همه افراد جامعه می‌شود بهتر است در پژوهش‌های بعدی بیشتر از افراد عادی جامعه استفاده شود و همچنین با توجه به وسعت خواسته‌های مراجعان در جلسات گروهی سعی شود در هنگام آموزش از یک همکار استفاده شود.

TM

TM

TM

یادداشت‌ها

1. Wells
2. Toronto
3. Shepard
4. mindfulness-based cognitive therapy
5. Beck Depression Inventory (BDI)
6. Dysfunctional Attitude Scale (DAS)
7. Weissmsn
8. Auto Think Questionnaire (ATQ)

9. personal maladjustment and desire for change (PMDC)
10. negative self-conceptual and negative expectation (NSNE)
11. low self-esteem
12. helplessnesses
13. self-statements

منابع

- جواهری، فروزان. (1383). بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی در پیشگیری از افسردگی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه اصفهان در پاییز و زمستان 1383. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی (چاپ شده)، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات؛ و محیط، احمد. (1380). مصاحبه و آزمونهای روانی. تهران: پژوهشکده علوم شناختی
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Borkovec, T.D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76-80.
- Cardaciotto, L. A. (2005). *Assessing mindfulness: The develop of a bi _dimensional measure of awareness and acceptance* Doctoral dissertation. University of Drexel, USA
- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Gaskow, N., Abramson, M., Luskin, F., Gill, M., Bruke, A., & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness based stress reduction program on stress, mindfulness self efficacy and positive states of mind. *Journal of Stress of Health*. 20(3), 141-147.
- Carighead, W. E., (2003). Behavioral and cognitive behavioral psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (v.l. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of Psychology vol.8 clinical Psychology*. NJ: Jone Wiley & Sons.
- Davidson R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Jongsma, A.E., & Palge, K. (2000). & *The camplte about psychotherapy treatment planner*. John Wiley & Sons-INC.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in Dialectical behavioral therapy. *Cognitive and behavioral Practice*, 9, 50-57.

- Siegle, G. J., Sgrati, S., & Crawford, C. E. (1999). Effects of rumination and initial severity on response to cognitive therapy for depression. *Paper presented at the 33rd annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, Toronto, Canada.
- Saenz, Z. S. (2003). *Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT)* New York: Guilford press.
- Schulman, P. (2004). *Depression Prevention in adults*. Schulman@ psych upenn. edu
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modelling depressive thought*. Hove, UK: Erlbaum
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 157-160.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. V. (2006). Mindfulness-based Cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (2), 201-210.

i

i

i

Archive of SID