

Original Paper

Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing depression and enhancing the life quality of the female students

Mehri Esfahani (M.A), M.A in Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

ORCID ID: 0000-0001-7198-6098

*Seyyed Mojtaba Aghili (Ph.D), Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.
E-mail: asemanha@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-0523-2981

Abstract

Background and Objective: Depression is the most common psychiatric diagnosis. It causes major health problems. Women are more likely to develop depression than men. This study was done to investigate the effect of group mindfulness-based cognitive therapy on reducing depression and improving the quality of life of female students.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 26 female students. Students non-randomly were divided into control and intervention groups. Students in intervention group were received the two periods (8 sessions, 2 hours at week) of training in mindfulness-based cognitive therapy. All the participants filled out Beck depression inventory II (BDI-II) and World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) in perior and after the study.

Results: In the intervention group the mean and standard deviation of pre-test and post-test scores of BDI-II was 20.23 ± 6.98 and 13.38 ± 4.97 , respectively ($P < 0.05$). In the intervention group, mean and standard deviation of pre-test and post-test scores of WHOQOL-BREF questionnaire was 66.77 ± 13.39 and 86.84 ± 10.60 , respectively ($P < 0.05$). Also, the mean scores of post-test of quality of life in all subgroups items was significantly increased in compared to the pre-test in the intervention group ($P < 0.05$).

Conclusion: Mindfulness-based cognitive therapy increases the quality of life and reduced depression in female students.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Quality of life, Depression, Female students

Received 8 Dec 2019

Revised 3 Mar 2019

Accepted 11 May 2019

Cite this article as: Esfahani M, Aghili SM. [Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing depression and enhancing the life quality of the female students]. J Gorgan Univ Med Sci. 2020 Spring; 22(1): 65-70. [Article in Persian]

تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان دختر

ORCID ID: 0000-0001-7198-6098

مهری اصفهانی، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانش آموخته دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران.

ORCID ID: 0000-0002-0523-2981

* دکتر سید مجتبی عقیلی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور.

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی از شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی است که با روند رو به رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. احتمال ابتلا زنان به افسردگی در زنان بیش از مردان است. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان دختر انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه شبه تجربی روی ۲۶ دانشجوی دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان انجام شد. دانشجویان به روش نمونه گیری در دسترس و به صورت غیرتصادفی در دو گروه ۱۳ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند. گروه مداخله به صورت گروهی طی مدت دو ماه (۸ جلسه ۲ ساعته و هفته‌ای یک جلسه) با روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) آموزش دیدند. آزمودنی‌های دو گروه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO-QOL-BREF) را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند.

یافته‌ها: در گروه مداخله میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب $20/23 \pm 6/96$ و $13/38 \pm 4/97$ تعیین شد که کاهش آماری معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/05$). در گروه مداخله میانگین و انحراف معیار نمرات کلی پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به ترتیب $66/77 \pm 12/39$ و $86/84 \pm 10/61$ تعیین شد ($P < 0/05$). همچنین میانگین شاخص‌های کیفیت زندگی پس آزمون در تمامی زیربخش‌ها نسبت به پیش آزمون در گروه مداخله افزایش آماری معنی‌داری یافت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی دانشجویان دختر را افزایش داده و سبب کاهش افسردگی می‌گردد.

کلید واژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، افسردگی، زن، دانشجوی

* نویسنده مسؤول: دکتر سیدمجتبی عقیلی، پست الکترونیکی asemanha@gmail.com

نشانی: گرگان، انجیراب غربی، دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی، تلفن ۰۱۷-۳۲۲۵۳۵۱۲، شماره ۳۲۲۳۵۲۲۴

وصول مقاله: ۱۳۹۷/۹/۱۷، اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۱۲/۱۲، پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۲/۲۱

مقدمه

شده‌اند (۴). در خلال یک دوره افسردگی، افراد هم خلق افسرده و هم تفکر منفی را تجربه می‌کنند. در آینده وقوع یک عنصر (خلق) دیگری را (تغییر در الگوهای تفکر) به همراه خواهد داشت. جان تیزدل این الگو را «فرضیه فعال شدن افتراقی» نامید (۵). چارچوب نظری «زیرسیستم‌های شناختی متعامل» نشان‌دهنده پردازش در دو سطح گزاره‌ای و ضمنی شناخت است (۶).

درمان شناختی ذهن مبتنی بر ذهن آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) توسط سگال، ویلیامز و تیزدل برنامه‌ریزی شده و به صورت دستورالعمل ۸ هفته‌ای درآمد که جلسات به‌طور گروهی برگزار می‌شوند و عمدتاً براساس برنامه (mindfulness-based stress reduction) MBSR هستند. این برنامه‌ها عناصری از درمان شناختی را در بر می‌گیرند که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند و عدم محوریت آن را مانند

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است. بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است (۱). تقریباً در سراسر جهان و همه کشورها و فرهنگ‌ها شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است (۲). افسردگی بالینی که گاهی افسردگی اساسی هم نامیده می‌شود؛ وضعیتی است که در آن تغییر در عملکرد قبلی و حداقل ۵ مورد از علائم، از دست دادن علاقه یا لذت در تمام یا بیشتر فعالیت‌های روزانه، کاهش قابل توجه وزن و یا تغییر در اشتها، بی‌خوابی، خستگی یا از دست دادن انرژی، عدم تمرکز فکر، بی‌تصمیمی، افکار مکرر مرگ، خودکشی در طی دو هفته بروز کند (۳). در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، رویکردهای مختلفی از جمله دارودرمانی، روان‌درمانی و درمان‌های ترکیبی به کار گرفته

معیارهای ورود به مطالعه شامل دختران دانشجوی مجرد در محدوده سنی ۲۵-۱۸ سال و کسب نمره ۳۵-۱۵ پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) بودند. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل نداشتن تمایل به شرکت در مطالعه و غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم انجام تکالیف بودند.

از بین ۳۲۰۰ نفر دانشجویان دختر با روش نمونه گیری در دسترس و با استفاده از جدول مورگان ۲۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و از این میان ۶۰ نفر از نظر سنی در محدوده ۲۵-۱۸ سال و از نظر وضعیت تاهل و تحصیلات نزدیک به هم بودند. پس از مصاحبه بالینی، پرسشنامه افسردگی بک به عنوان پیش آزمون برای دانشجویان اجرا شد. از آزمودنی ها رضایت نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ گردید. در روش های مداخله ای به دلیل اثربخشی بیشتر حداکثر سقف آزمودنی ها در یک گروه ۱۵ نفر است (۱۳). تعداد ۳۰ دانشجو که نمره افسردگی آنها بین ۱۵ تا ۳۵ حاصل شد؛ انتخاب و به شیوه غیر تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند. تعداد ۲ نفر از گروه مداخله غیبت بیش از دو جلسه داشتند که از مطالعه خارج شدند و از تعداد گروه شاهد نیز ۲ نفر کاسته شد و در نهایت مطالعه روی ۲۶ نفر از دانشجویان در گروه کنترل (۱۳ نفر) و گروه مداخله (۱۳ نفر) انجام شد.

آزمودنی های دو گروه پرسشنامه های افسردگی بک (BDI-II) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO-QOL-BREF) را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. گروه مداخله به صورت گروهی طی مدت دو ماه (هشت جلسه دو ساعته و هفته ای یک جلسه) با روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن

اظهاراتی چون «افکار واقعیت نیستند» و «من افکارم نیستم» موجب می گردند. همچنین این رویکرد تمرکززایی برای هیجانات و حس های بدنی به کار می رود (۶). ذهن آگاهی تعمقی عمدی بر روی وقایع حاضر و جاری بوده و به عنوان نوعی آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است؛ تعریف می شود (۷). در اصل، آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می دهد که چگونه مهارت های عاداتی (واقع در موتور مرکزی) را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. در این شیوه منابع حسی، مانند الگوهای معنایی است. تمرین های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرحواره می شود (۵). مطالعات زیادی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی کیفیت زندگی نشان داده اند (۸-۱۱). کیفیت زندگی را می توان به چهار بعد عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم کرد که هر یک از این ابعاد خود دارای اجزایی است (۱۲). به نظر می رسد سلامت روان دانشجویان دختر که از سویی در حال تجربه دوران جدیدی از زندگی خود هستند و از سوی دیگر نیز مادران آینده هستند؛ بسیار با اهمیت باشد. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه شبه تجربی روی ۲۶ دانشجوی دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان با محدوده سنی ۲۵-۱۸ ساله شاغل به تحصیل در سال های ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد.

جدول ۱: شرح جلسات برگزار شده درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

ردیف	اهداف جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن؛ حضور ذهن از فعالیت های روزانه.	تعریف ذهن آگاهی و توضیحاتی در مورد فواید آن؛ تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه.
جلسه دوم	سرورکارد داشتن با موانع، واکنش به حوادث روزانه.	تمرین واریسی بدنی، تمرین افکار و احساسات، آموزش الگوی ABC و ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته.
جلسه سوم	حضور ذهن یا آگاهی از تنفس.	تمرین دیدن یا شنیدن، مراقبه نشسته.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال، دلبستگی، بیزاری و کسالت.	تمرین دیدن یا شنیدن، مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، تعریف حوزه افسردگی، فضای تنفس ۳ دقیقه ای.
جلسه پنجم	اجازه دادن / مجوز حضور، پذیرش تجارب فردی.	خواندن شعر رومی مهمانسرا، فضای تنفس ۳ دقیقه ای - مقابله ای.
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند؛ افکار فقط افکارند.	مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار (به علاوه یادداشتی از واکنش افراد به مشکلات)، آماده شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، فضای تنفس.
جلسه هفتم	چطور می توانیم به بهترین وجهی مراقب خودمان باشیم؟	مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، فضای تنفس ۳ دقیقه ای به عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایی نشانگان عود و کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود / بازگشت، فضای تنفس ۳ دقیقه ای یا قدم زدن همراه با حضور ذهن.
جلسه هشتم	کاربرد آموخته ها برای سرورکارد داشتن و خلق آینده.	تمرین واریسی بدنی، بازنگری کل برنامه و مرور کل برنامه.

گرفته شدند. از آمار توصیفی برای توصیف، طبقه‌بندی، تنظیم نمرات خام از طریق میانگین، انحراف استاندارد و رسم جداول استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-18 تجزیه و تحلیل شدند. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها بر اساس آزمون کلموگروف-اسمیرنوف تعیین شد. فرض همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لون و بر اساس آماره F در سطح معنی‌داری داده‌ها کمتر از ۰/۰۵ انجام شد. در نهایت از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها

در گروه کنترل میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب $19/31 \pm 5/51$ و $19/46 \pm 5/78$ تعیین شد که تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد. در گروه مداخله میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب $20/23 \pm 6/96$ و $13/38 \pm 4/97$ تعیین شد که کاهش آماری معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/001$).

در گروه کنترل میانگین و انحراف معیار نمرات کلی پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به ترتیب $67/69 \pm 12/36$ و $72/46 \pm 17/64$ تعیین شد که از نظر آماری تفاوتی نشان نداد. در گروه مداخله میانگین و انحراف معیار نمرات کلی پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به ترتیب $66/77 \pm 13/39$ و $86/84 \pm 10/61$ تعیین شد که افزایش آماری معنی‌داری مشاهده گردید ($P < 0/001$). همچنین میانگین شاخص‌های کیفیت زندگی پس آزمون در تمامی زیربخش‌ها نسبت به پیش آزمون در گروه مداخله افزایش آماری معنی‌داری یافت ($P < 0/05$) (جدول ۲).

آگاهی (۱۴) آموزش دیدند (جدول یک). برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری، و شناختی افسردگی را مقایسه می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای اعداد صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر است. در ایران آلفای کرونباخ $0/78$ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته $0/73$ به دست آمده است (۱۵). همچنین ثبات درونی این ابزار $0/73$ با میانگین $0/86$ و ضریب آلفا برای گروه بیمار $0/86$ گزارش شده است (۱۵). در مطالعه انجام شده در بیمارستان روزبه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، برای این آزمون روایی $0/70$ و پایایی $0/77$ حاصل شده است (۱۶).

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO-QOL-BREF): این پرسشنامه دارای ۲۶ پرسش است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد شامل سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی می‌پردازد (۱۷). این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می‌دانند و به همین دلیل از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده می‌شود. در ایران نیز نصیری و همکاران این مقیاس را به فارسی ترجمه نمودند و روایی و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/84$ نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیرمقیاس وجود دارد که نشان‌دهنده روایی ساختاری آن است (۱۱).

آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی و افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون ابعاد کیفیت زندگی با استفاده از روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان در سال‌های تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲

p-value	میانگین و انحراف معیار		گروه‌ها	ابعاد کیفیت زندگی
	پس آزمون	پیش آزمون		
۰/۶	$2/15 \pm 0/19$	$5/28 \pm 1/34$	کنترل	رضایت
۰/۰۲	$3/92 \pm 0/49$	$3/08 \pm 0/16$	مداخله	
۰/۱۳	$2/79 \pm 0/75$	$5/23 \pm 1/39$	کنترل	سلامت
۰/۰۰۲	$3/77 \pm 0/83$	$2/61 \pm 1/04$	مداخله	
۰/۷۵	$15/47 \pm 5/32$	$15/54 \pm 5/24$	کنترل	جسمی
۰/۰۰۱	$24/79 \pm 4/42$	$16/31 \pm 5/92$	مداخله	
۰/۵۲	$16/31 \pm 4/52$	$16/61 \pm 4/29$	کنترل	روانی
۰/۰۵۰	$19 \pm 3/03$	$16 \pm 4/40$	مداخله	
۰/۲۱	$6 \pm 0/91$	$6/47 \pm 1/33$	کنترل	اجتماعی
۰/۰۰۱	$9/54 \pm 2/33$	$5/92 \pm 1/93$	مداخله	
۰/۲۳	$24/38 \pm 4/05$	$23/23 \pm 4/32$	کنترل	محیط
۰/۰۴۵	$25/92 \pm 4/5$	$22/85 \pm 3/95$	مداخله	

بحث

افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌شود و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند. درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌آورد که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده و با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن احساسات منفی، نه تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می‌شود؛ بلکه به توسعه روابط آنها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. در مجموع، به نظر می‌رسد این روش درمانی سودمند، اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است.

با توجه به این که مطالعه حاضر به بررسی تعداد محدودی از دانشجویان یک مقطع تحصیلی (کارشناسی) پرداخته است؛ به دلیل کم بودن تعداد آزمودنی‌ها، یک جنس بودن گروه نمونه (دختران) و محدودیت سنی آزمودنی‌ها امکان تعمیم‌پذیری این داده‌ها به جامعه بزرگ‌تر کم است و انجام پژوهش‌ها با نمونه‌های گسترده‌تر به نتایج تعمیم‌پذیرتری می‌انجامد. لذا پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در حوزه‌های دیگر و نیز پیگیری اثربخشی این روش بعد از اتمام جلسات درمان صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در دانشجویان دختر سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه خانم مهری اصفهانی برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان بود. بدین وسیله از همه دانشجویان شرکت کننده در مطالعه صمیمانه تشکر می‌نمایم.

References

1. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. [Depression in Iran: Systematic review of research literature (2000-2010)]. Payesh. 2013; 12(6): 567-94. [Article in Persian]
2. Rajabi G, Sotodeh Navrodi S. [A study of impact of group mindfulness-based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction in married women]. J Guilan Uni Med Sci. 2012; 20(4): 83-91. [Article in Persian]
3. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2010 Apr; 78(2): 169-83. doi: 10.1037/a0018555
4. Mathew KL, Whitford HS, Kenny MA, Denson LA. The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. Behav Cogn Psychother. 2010 Oct; 38(5): 561-76. doi: 10.1017/S135246581000010X
5. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010 Feb; 10(1): 83-91. doi: 10.1037/a0018441

با توجه به نتایج این مطالعه روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در دختران دانشجو گردید که همسو با مطالعه Mathew و همکاران (۴) و دابسون و محمدخانی (۱۵) در مورد اثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی بود. همچنین با مطالعه Malhi و Ivanovski در مورد اثربخشی آن بر سلامت روانی و فیزیولوژیکی (۱۸) همسو بود. نتایج این مطالعه با دیگر مطالعات (۲۱-۱۹) در خصوص اثربخشی این درمان بر افسردگی نیز همراستا بود.

در مطالعه ستارپور و همکاران (۲۲) آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان دختر مبتلا به افسردگی موثر ارزیابی گردید که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه عظیمی نیز ذهن آگاهی بر کاهش استرس و افسردگی دانشجویان موثر گزارش شد (۲۳).

در این مطالعه کاسته شدن میزان افسردگی موجب افزایش کیفیت زندگی گردید که همسو با مطالعه کاویانی و همکاران (۱۶) و مطالعه Allen و همکاران (۱۹) در مورد اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی است.

شواهد نشان می‌دهد روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی که برگرفته از درمان MBSR است؛ براساس یکپارچه سازی ذهن و بدن عمل می‌کند. این مداخلات با ایجاد و تقویت نگرشی غیرقضاوتی به افکار و احساسات و آگاهی لحظه به لحظه از آنها کمک می‌کند که در نهایت به کاهش میزان افسردگی منجر و کاربرد این روش به لحاظ بالینی می‌شود. نکته مهم در کاربرد این روش آن است که روش گروهی، محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. از جمله این که بسیاری از بیماران به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و

6. Omidi A, Mohammad Khani P, Poorshahbaz P, Dolatshahi A. [Efficacy of combined Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy in patients with Major Depressive Disorder]. Feyz. 2008; 12(2): 9-14. [Article in Persian]
7. Gambrel LE, Keeling ML. Relational Aspects of Mindfulness: Implications for the Practice of Marriage and Family Therapy. Contemp Fam Ther. 2010; 32: 412-26. doi: 10.1007/s10591-010-9129-z
8. Ghashghaie S, Naziry G, Farnam R. [The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life in outpatients with diabetes]. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2014; 13(4): 319-30. [Article in Persian]
9. Neshatdoust HT, Nilforoushzadeh MA, Dehghani F, Molavi H. [Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients' quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan]. J Arak Uni Med Sci. 2009; 12(2): 125-33. [Article in Persian]
10. Ghasemi N, Kajbaf MB, Rabiei M. [Efficacy of group quality of life Therapy on subjective well being and mental health]. Journal of Clinical Psychology. 2011; 3(2): 24-32. [Article in Persian]

11. Habibi M, Imani S, Pashaei S, Zahiri Sorori M, Mirzaee J, Zare M. [Effectiveness of Mindfulness Treatment on Quality of Life in Opium Abusers: Promotion of the Mental and Physical Health]. *Journal of Health Psychology*. 2013; 2(5): 63-81. [Article in Persian]
12. Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE. *Principles and Practices of Supportive Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1998; pp: 19-20.
13. Feili A, Borjali A, Sohrabi F, Farrokhi N. [The comparative efficacy of cognitive - behavior therapy and teasdale mindfulness-based cognitive therapy of infertile depressed women's rumination]. *Armaghane Danesh*. 2012; 17(1): 14-21. [Article in Persian]
14. Aghabagheri H, Mirzaeeian B, Mohammadkhani P, Omrani S. [The effectiveness of mentally cognitive therapy (MBCT) on depression in multiple sclerosis patients (MS)]. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2012; 6(23): 75-82. [Article in Persian]
15. Dabson KS, Mohammadkhani P. [Psychometric characteristics of the beck depression inventory in patients with major depressive disorder]. *Journal of Rehabilitation*. 2007; 8(29): 82-88. [Article in Persian]
16. Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi AE. [The Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on The Quality of Life in Non-Clinically Depressed People]. *Adv Cogn Sci*. 2009; 10(4): 39-48. [Article in Persian]
17. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004 Mar; 13(2): 299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
18. Ivanovski B, Malhi GS. The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatr*. 2007 Apr; 19(2): 76-91. doi: 10.1111/j.1601-5215.2007.00175.x
19. Allen M, Bromley A, Kuyken W, Sonnenberg SJ. Participants' experiences of mindfulness-based cognitive therapy: "It changed me in just about every way possible". *Behav Cogn Psychother*. 2009 Jul; 37(4): 413-30. doi: 10.1017/S135246580999004X
20. Bayrami M, Movahedi Y, Kazimi Razai S, Esmaili S. [The Effect of Mindfulness Cognitive Therapy on Pathological Worry and Anxiety Symptoms in Students with Generalized Anxiety Disorder]. *Iran J Rehabil Res Nurs*. 2015; 2(1): 79-90. [Article in Persian]
21. Hanasabzadeh M, Yazdandost R, Asgharnejad F, Gharaei B. [Mindfulness-based cognitive therapy in depressed patients commit suicide]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 5(1): 33-38. [Article in Persian]
22. Sattarpour F, Ahmadi E, Sadegzadeh S. [Effect of mindfulness training on reduction of depressive symptoms among students]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2015; 17(3): 81-88. [Article in Persian]
23. Azimi S. [The Effectiveness of Mindfulness in Reducing Stress and Depression in Students]. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*. 2018; 3(5): 1-16. [Article in Persian]