

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ذهن آگاهی در افراد دارای اختلال افسردگی

۱- معصومه صادقی ۲- شهاب مرادی ۳- علی محمدباقر

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.  
۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)  
۳- مدرس گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

sadeghi2002@yahoo.com  
Shahabmoradi66@gmail.com  
ambpsych@yahoo.com.

### چکیده

**هدف:** هدف اصلی پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ذهن آگاهی در افراد دارای اختلال افسردگی در شهر کرج بود. **روش:** این تحقیق از نوع تحقیقات شبه آزمایشی است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افراد مراجعه کننده با تشخیص افسردگی به مراکز مشاوره معنا و آرام شهر کرج در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که از بین آنها به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف ۳۰ نفر انتخاب شد و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی بائر و همکاران به عنوان پیش آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمان شناختی رفتاری را دریافت کردند و گروه کنترل برنامه عادی روزانه خود را گذراندند. بعد از هر دو گروه، پس آزمون به عمل آمد و داده های پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی (شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) در برنامه SPSS-۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر ذهن آگاهی افراد دارای اختلال افسردگی ( $ES=0/155$ ) تأثیر مثبت و معناداری دارد ( $P<0/05$ ). **نتیجه گیری:** به کارگیری درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان مؤثر می تواند بر تعدیل افسردگی و علائم آن تأثیر گذاشته و بر بهبودی افراد مبتلا کمک کند.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، افسردگی، ذهن آگاهی.

### ۱. مقدمه

افسردگی نوعی اختلال خلقی است که باعث احساس پایدار غمگینی و فقدان علایق می شود (سالیک و مارواها، ۲۰۱۹) و نوعی اختلال عاطفی است که با دگرگونی های خلق و هیجان مشخص می شود. این اختلال معمولاً مزمن، عودکننده و به طور بالقوه تهدیدکننده زندگی است و با علائم ناراضی، از دست دادن توان و علایق گذشته، اعتماد به نفس پایین، احساس غم و گناه، عدم تمرکز، داشتن افکار خودکشی، کندي

۱. Salik, I., & Marwaha, R.

یا بی‌قراری روان- حرکتی، افزایش یا کاهش وزن، فقدان لذت، خستگی روانی جسمی، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است (سادوک و سادوک<sup>۲</sup>؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳). به تعبیری دیگر افسردگی، اختلال روان‌شناختی رایجی است که از تعامل پیچیده عوامل و نشانه‌های شناختی رفتاری و بیولوژیکی سرچشمه می‌گیرد (تیبودیو، فین، گودبادی و فلوسبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵).

افسردگی اختلال روان‌شناختی رایجی است که از تعامل پیچیده عوامل و نشانه‌های شناختی، رفتاری و بیولوژیکی نشأت می‌گیرد (تیبودیو و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). اختلال افسردگی، بار سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کند و انتظار می‌رود در سال‌های آینده، تعداد افرادی که به این بیماری مبتلا می‌شوند افزایش یابد. معمولاً، مبتلایان به افسردگی به‌وسیله روان‌درمانی و دارودرمانی، داروهای ضدافسردگی تحت درمان قرار می‌گیرند (نگ و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). افراد افسرده با مشکلاتی از جمله نشخوار فکری و تجربه عاطفه منفی دست‌به‌گریبان هستند (کیرکگارد تامسن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷)؛ در واقع اختلال‌های خلقی، اختلال‌های عاطفی هستند که نیاز به توجه فوری روان‌شناختی و پزشکی دارند (وارما<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). از این رو، شناخت روش‌های درمان مؤثری که در این اختلالات نقش دارند، همواره جزو دغدغه‌های متخصصان بهداشت روانی بوده است. همچنین به نظر می‌رسد شناخت ویژگی‌ها و مشکلات خاص افراد افسرده و تعدیل این مشکلات و نشانه‌ها در جهت درمان کل افسردگی افراد، مهم و اساسی باشد؛ از جمله این مشکلات، انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن آگاهی پایین و نشخوار ذهنی بالاست که در این پژوهش مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

ذهن آگاهی به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است (والش، بالانت، اسمولیرا، فردریکسن و مادنسن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). ذهن آگاهی به زبان ساده به معنی آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می‌شود که در آن دو نوع عنصر اساسی الف) حضور در زمان اکنون، ب) قضاوت کردن در مورد رخدادها و کنش‌ها و واکنش‌ها نقش اصلی را به عهده دارد. ذهن آگاهی یعنی حواس جمع بودن و بیداری صد در صد و آگاه بودن نسبت به همه رخدادهایی که همین‌الآن در اطراف ما و همین‌طور درون بدن ما در حال اتفاق افتادن هستند. به این شکل که هیچ‌گونه قضاوت و پیش‌داوری نسبت به درست و نادرست بودن اتفاقات، این بیداری و حواس‌جمعی و آگاهی ما را تحت تأثیر قرار دهد (چیوما تورس و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰).

ذهن آگاهی<sup>۱۰</sup> به زبانی ساده یعنی آگاه بودن از افکار، اعمال، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر ذهن آگاهی یعنی توجه و تمرکز که دارای ویژگی‌های بودن در حال حاضر، هدفمند بودن و بدون قضاوت بودن باشد. این نوع توجه موجب افزایش آگاهی، شفافیت وضوح و پذیرش واقعیت حال حاضر می‌شود. ذهن آگاهی بدان معنا است که فرد آگاهی خود را از گذشته و آینده به زمان حال معطوف می‌نماید. زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی-اش می‌بیند و در می‌یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تفسیرهای دائمی در حال نشخوار فکری و گفتگوی درونی است. این سازه روان‌شناختی را باید از خودآگاهی و یا توجه معطوف به خود متمایز کرد (پاکیزه و نظری، ۱۳۹۴). ذهن آگاهی با نگرش پذیرش همراه است؛ بنابراین افرادی که ذهن آگاهی بالایی دارند، کمتر تحت تأثیر احساسات ناراحت‌کننده‌ای مانند افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند (مک‌دونالد و السن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالاتر ذهن آگاهی با سطوح پایین‌تر نشخوار فکری، اجتناب، کمال‌گرایی و خود رهنمایی ناسازگارانه و سطوح پایین ابعاد افسردگی و اضطراب رابطه دارد. ذهن آگاهی باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی و کاهش افسردگی و خشم می‌شود و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های کوتاه‌مدت و درازمدت خلق افسرده دارد. به نظر می‌رسد که بیماران افسرده توانایی لذت بردن از زمان حال را ندارند و در گذشته یا آینده به سر می‌برند (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۷).

<sup>۲</sup>. Saduk BJ, Sadook VA,

<sup>۳</sup>. Thibodeau, P. H., Fein, M. J., Goodbody, E. S., & Flusberg, S. J.

<sup>۴</sup>. Thibodeau, P. H. & et al

<sup>۵</sup>. Ng, C. H.,

<sup>۶</sup>. Kirkegaard Thomsen, D.

<sup>۷</sup>. Varma, D.

<sup>۸</sup>. Walsh, Balian, Smolira & Madsen

<sup>۹</sup>. Chioma Torres & et al

<sup>۱۰</sup>. Mindfulness

<sup>۱۱</sup>. MacDonald HZ, Olsen A.

در نظر گرفتن مؤلفه‌های روان‌شناختی بیماری و مداخله در این زمینه می‌تواند نقش اساسی در سازگاری فرد با شرایط روانی و جسمی‌اش داشته باشد. شاید یکی از درمان‌هایی که می‌تواند موجب کاهش عواطف منفی و افزایش ذهن آگاهی در بیماران افسرده شود، درمان شناختی-رفتاری است. روش شناختی-رفتاری که در سطوح مختلف به حل مشکلات روانی افراد می‌پردازد، اهمیت زیادی بر شناخت و افکار انسان قائل است و نوع این افکار و شناخت‌ها را در سلامت یا عدم سلامت روان بسیار سهیم می‌داند (توکلی، کاظمی و زهرانی، ۲۰۱۸). مداخله رفتار درمانی-شناختی (CBT) یک مدل درمانی مناسب است که به دلیل ماهیت آموزشی بودن در موقعیت‌های مختلفی استفاده می‌شود. در مطالعات پیشین اثربخشی این مدل درمانی در سایر مشکلات روانی نیز مورد بررسی قرار گرفته است (پارت و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶)؛ به طوری که ماک و چان<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که CBT نقش مؤثری در کاهش تنش‌های روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد داشته است. فرض بنیادین CBT آن است که اختلال یا سوگیری در تفکر موجب اختلالات روان‌شناختی می‌شود و بر نقش محوری باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی تأکید می‌کند (ولی زاده و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به مطالب بالا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ذهن آگاهی در افراد دارای اختلال افسردگی انجام شده است.

### پیشینه

غفاری چراتی؛ قنادزادگان و فخری (۱۴۰۰) در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تأثیر دارد.

پژوهش جان افزا (۱۳۹۴) با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خستگی، استرس ادراک شده و ذهن آگاهی در زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران انجام شد. نتایج نشان داد که نمره بیماران تحت درمان شناختی-رفتاری پس از درمان در هر سه مقیاس اثر داشته است؛ و باعث کاهش خستگی، استرس ادراک شده و افزایش ذهن آگاهی در آن‌ها شد. همچنین این نتایج در یک نوبت پیگیری ۱ ماهه دوام داشت. درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر کاهش خستگی بیماران سرطانی، و کاهش استرس ادراک شده و هم چنین افزایش ذهن آگاهی باعث بهبود خلق، نقش و کارکرد اجتماعی و توانایی تحمل و ادامه دادن درمان و به‌طور کلی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران تأثیر گذار می‌باشد و تغییرات درمانی ایجاد شده در طول پیگیری یک ماهه پایدار باقی مانده است.

گئورگی<sup>۱۴</sup> (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی درمان شناختی-رفتاری بر پریشانی در روابط فراتحلیل پرداخت. نتایج مطالعات در این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به‌منظور کاهش پریشانی در روابط افراد خصوصاً زناشویی تأثیر مثبتی دارد (قهاری و همکاران، ۱۴۰۱).

دیگرسون و همکاران<sup>۱۵</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تحریف‌های شناختی پرداختند. پژوهش به روش شبه آزمایشی و در دو گروه آزمایش و شاهد انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان و کاهش تحریف‌های شناختی آنان تأثیر مثبت و معناداری دارد.

<sup>۱۲</sup>. Pratt D, & et al

<sup>۱۳</sup>. Mak VW, Chan CK

<sup>۱۴</sup>. Georgeri

<sup>۱۵</sup>. Dickerson & et al

# دانشنامه علوم تربیتی

جلد ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲

وارکویزیتی و همکاران<sup>۱۶</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش تحریف‌های شناختی پرداختند. این پژوهش با استفاده از گروه کنترل و آزمایش و به روش نیمه آزمایشی انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش تحریف‌های شناختی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

یافته‌های پژوهشی دیمیجیان و همکاران<sup>۱۷</sup> (۲۰۱۶) نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم افسردگی و جلوگیری از بازگشت و عود علائم افسردگی زنان در طی دوره بارداری و پس از آن می‌شود.

میکلوویتز و همکاران<sup>۱۸</sup> (۲۰۱۵) طی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر بهبود ۳۹ زن باردار اعم از ۲۷ نفر دارای اختلال افسردگی اساسی و ۱۲ نفر دارای اختلال طیف دو قطبی بررسی کردند و نشان دادند که روش یاد شده توانسته است؛ در افسردگی این زنان را بهبود بخشد؛ اما تأثیری در بهبود اختلال طیف دو قطبی آن‌ها ندارد.

## ۲. روش

این تحقیق از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی است که تأثیر متغیر مستقل درمان شناختی- رفتاری را بر متغیر ذهن آگاهی در افراد دارای اختلال افسردگی مورد بررسی قرار می‌دهد، که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه‌ی آماری این تحقیق، شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده با تشخیص افسردگی به مراکز مشاوره معنا و آرام شهر کرج در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود.

نمونه آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد که از بین جامعه آماری ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در هر گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شد. سپس پرسشنامه‌های مربوطه را تمامی شرکت‌کنندگان تکمیل کردند و این نمرات به‌عنوان نمرات مرحله پیش‌آزمون ثبت شد. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری دریافت کرد ولی گروه کنترل هیچ نوع آموزش دریافت نکرد. در نهایت و پس از آموزش، هر دو گروه بار دیگر پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند و نمرات آن به‌عنوان پس‌آزمون ثبت و تحلیل شد.

## ابزار

### پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی با ۳۹ جمله است که توسط بائر و همکاران<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۶) ساخته شد و پنج عامل ذهن آگاهی را می‌سنجد که عبارتند از: مشاهده (۸ ماده)، توصیف (۸ ماده)، عمل با آگاهی (۸ ماده)، پذیرش بدون قضاوت در مورد تجارب درونی (۸ ماده) و عدم واکنش به تجارب درونی (۷ ماده). نمره‌گذاری برخی از ماده‌ها در عوامل عدم قضاوت در مورد تجارب درونی و عمل با آگاهی به صورت معکوس است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ذهن آگاهی ۹۰/۰ گزارش شده است. نتایج پژوهش احمدوند و همکاران (۱۳۹۲) بیانگر اعتبار (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۸۳/۰ و ۵۵/۰) و روایی (۸/۰) و مناسب پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی در نمونه‌های ایرانی است. تمنایی فر و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی دامنه ضرایب اعتبار بازآزمایی مقیاس‌های پنج عاملی ذهن آگاهی را بین ۷۶/۰ تا ۸۶/۰ گزارش کردند (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۷).

<sup>۱۶</sup>. Varkovitzky & et al

<sup>۱۷</sup>. Dimidjian, S. & et al

<sup>۱۸</sup>. Miklowitz, D. J & et al

<sup>۱۹</sup>. Baer, R. A. & et al

# دانشنامه علوم تربیتی

جلد ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲

## ۳. یافته ها

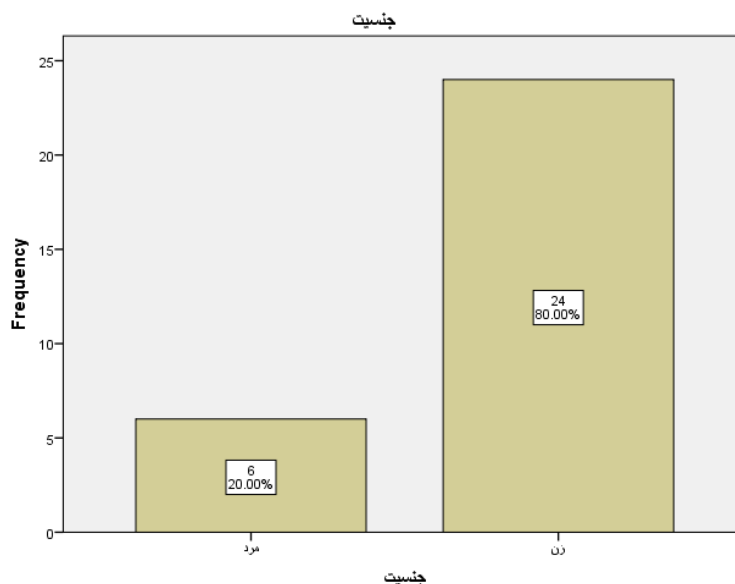
برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از هر دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی داده‌ها از جداول فراوانی، میانگین، نمودار و ... استفاده شد و در بخش استنباطی به منظور آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس کمک گرفته شد. تحلیل داده‌ها در تمامی مراحل در نرم‌افزار SPSS<sup>۲۲</sup> صورت گرفت. در این قسمت، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس (ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفته است تا تأثیر درمان شناختی- رفتاری در متغیرهای وابسته مورد مطالعه مشخص شود.

در این قسمت، ابتدا به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی پاسخگویان پرداخته شده و نتایج در جداول مربوطه ارائه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنسیت

مدت زمان ازدواج	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۶	۲۰
زن	۲۴	۸۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۱-۴ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک جنسیت آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۲۰ درصد (۶ نفر) مرد و ۸۰ درصد (۲۴ نفر) نیز زن بودند و تعداد زنان بیشتر از مردان است. این موضوع در نمودار ۱-۴ نیز قابل مشاهده است.



نمودار ۱ تعداد شرکت‌کنندگان به بر حسب جنسیت

# دانشنامه علوم تربیتی

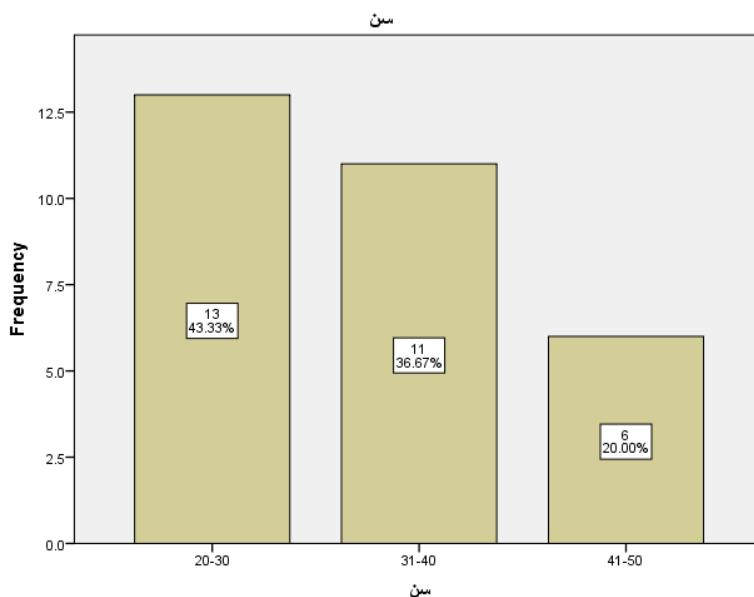
جلد ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲

همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک جنسیت آورده شده است که با توجه به نتایج، تعداد زنان بیشتر از مردان هستند.

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب سن

سن	فراوانی	درصد فراوانی
۲۰-۳۰ سال	۱۳	۴۳,۳
۳۱-۴۰ سال	۱۱	۳۶,۷
۴۱-۵۰ سال	۶	۲۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک سن آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۴۳,۳ درصد (۱۳ نفر) بین ۲۰ تا ۳۰ سال؛ ۳۶,۷ درصد (۱۱ نفر) ۳۱ تا ۴۰ ساله و ۲۰ درصد (۶ نفر) نیز ۴۱ تا ۵۰ ساله بودند و تعداد بیماران با سن ۲۰ تا ۳۰ سال بیشتر از بقیه است. این موضوع در نمودار ۱-۴ نیز قابل مشاهده است.



نمودار ۲- تعداد شرکت‌کنندگان به برحسب سن آزمودنی‌ها

# دانشنامه علوم تربیتی

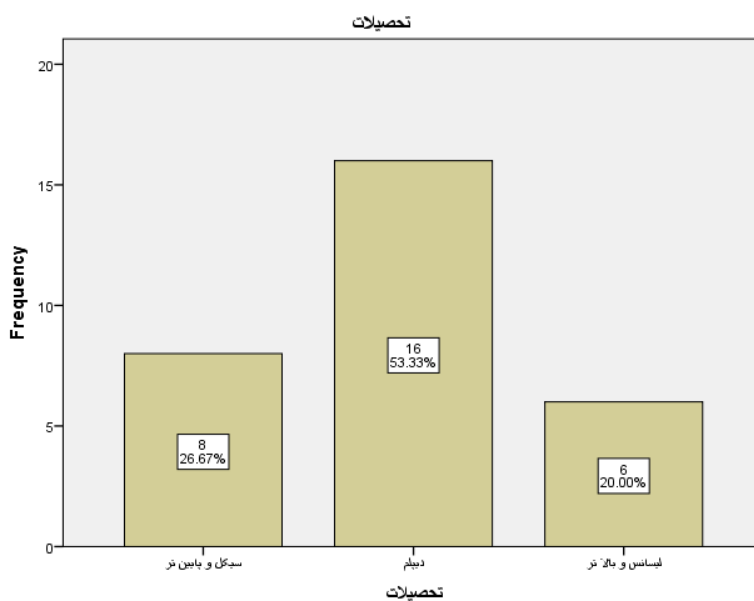
جلد ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲

همان‌طور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک سن آورده شده است که با توجه به نتایج، تعداد شرکت‌کنندگان سنین ۲۰ تا ۳۰ سال بیشتر از دیگر سنین هستند.

جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب میزان تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
سیکل و پایین‌تر	۸	۲۶,۷
دیپلم	۱۶	۵۳,۳
لیسانس و بالاتر	۶	۲۰
تعداد کل	۳۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک میزان تحصیلات آورده شده است که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۲۶,۷ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات سیکل یا پایین‌تر، ۵۳,۳ درصد (۱۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و ۲۰ درصد (۶ نفر) نیز دارای تحصیلات لیسانس یا بالاتر بودند و تعداد افراد دارای تحصیلات دیپلم بیشتر از بقیه است. این موضوع در نمودار ۳-۴ نیز قابل مشاهده است.



نمودار ۳- تعداد شرکت‌کنندگان به برحسب میزان تحصیلات

همان‌طور که در نمودار ۳ مشاهده می‌شود، فراوانی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک میزان تحصیلات آورده شده است که با توجه به نتایج، تعداد افراد دارای تحصیلات دیپلم بیشتر از دیگر گروه‌ها هستند. در این قسمت، میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش، قبل از مداخله و بعد از مداخله در ذهن آگاهی در جداول مربوطه ارائه شده است.

# دانشنامه علوم تربیتی

جلد ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲

جدول ۴- شاخص‌های مرکزی نمره‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در ذهن آگاهی

متغیرها	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
			انحراف معیار	انحراف معیار
			میانگین	میانگین
ذهن آگاهی	کنترل	۱۵	۷۸٫۲۰	۷۹٫۸۰
	آزمایش	۱۵	۷۸٫۶۷	۸۴٫۶۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین ذهن آگاهی در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۷۸/۶۷ و ۷۸/۲۰ به دست آمده است و همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون (قبل از مداخله)، تفاوت فراوانی را در متغیر ذهن آگاهی نشان نمی‌دهند؛ بنابراین می‌توان گفت که افراد به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفته‌اند و در ابتدا گروه‌ها، هیچ برتری خاصی از نظر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش، نسبت به هم نداشته‌اند و چنانچه در پس‌آزمون نمرات یک گروه خاص در هر یک از متغیرها به‌طور معناداری افزایش یا کاهش داشته باشد، حاصل از تأثیر مداخلات بوده است.

همچنین با توجه به نتایج جدول ۴، میانگین ذهن آگاهی در گروه آزمایش و گروه کنترل نیز به ترتیب برابر با ۸۴/۶۰ و ۷۹/۸۰ به دست آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در مقایسه میانگین‌ها در بخش پس‌آزمون (بعد از مداخله)، تفاوت نسبتاً بالایی بین گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیر وابسته وجود دارد.

جهت بررسی نرمال بودن نمرات، آزمون کالموگروف اسمیرنف اجرا شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- آزمون کالموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	تعداد	مقدار K-S	سطح معناداری
ذهن آگاهی (پیش‌آزمون)	۳۰	۰/۰۸۹	۰/۲۰۰
ذهن آگاهی (پس‌آزمون)	۳۰	۰/۰۸۲	۰/۲۰۰

همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، سطح معناداری آزمون کالموگروف اسمیرنف در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون همه متغیرها به ترتیب برابر با ۲۰/۰ به دست آمد که همه آن‌ها بزرگ‌تر از ۰۵/۰ است و تفاوت معنی‌داری میان تابع توزیع تراکمی مشاهده شده با تابع توزیع تراکمی نرمال مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین توزیع نمرات در تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون آن می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

این مفروضه بدین معنی است که وجود همگنی شیب‌های رگرسیون و به عبارتی ضریب رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیرهای همپراش در گروه‌ها یکسان باشد برای بررسی این مفروضه برای هر یک از مؤلفه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس (آزمون F) استفاده شد.



# دانشنامه علوم تربیتی

جلد ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲

جدول ۶- آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
ذهن آگاهی (پس آزمون)	۴۴/۸۶۹	۱	۱/۵۶۷	۰/۲۲۱

با توجه به نتایج جدول ۶ و سطوح معناداری به دست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، فرضیه صفر تأیید شده و داده‌های متغیر نرمال است و برای اجرای آزمون آن می توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد؛ که در اینجا ملاحظه می شود که سطوح معناداری در مرحله پس آزمون برای متغیر ذهن آگاهی برابر با ۰/۲۲۱ به دست آمده است و شرایط برای اجرای آزمون‌های پارامتریک برقرار است.

به منظور ارزیابی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ذهن آگاهی شناختی افراد دارای اختلال افسردگی و کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کواریانس (ANCOVA) استفاده شد. در ادامه برای انجام تحلیل کواریانس، نرمال بودن و یکسانی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۷- آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروه‌ها

نسبت F	درجه آزادی	سطح معناداری
۱/۳۶۸	۱ و ۲۸	۰/۲۵۲

همان طور که عنوان شد یکی از مفروضه‌های تحلیل کواریانس همسانی (برابری) واریانس گروه‌ها می باشد. در جدول ۷ نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد؛ زیرا مقدار  $F=1/368$ ، و سطح معناداری برابر ۰/۲۵۲ است و چون از ۰/۰۵ بزرگتر است، پس تفاوت بین واریانس‌ها معنادار نیست و می توان تحلیل کواریانس را ادامه داد.

جدول ۸- تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین گروه‌ها در قسمت پس آزمون در متغیر ذهن آگاهی

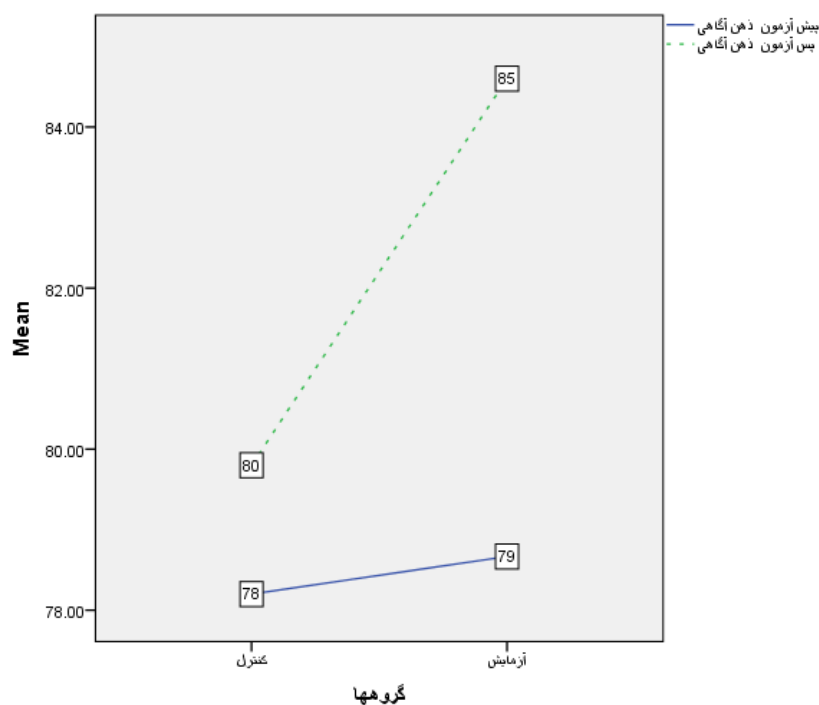
منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجزور اتا
پیش آزمون	۲۵۰۰/۷۱۹	۱	۲۵۰۰/۷۱۹	۸۵/۹۸۱	۰۰۱/۰	۰/۷۶۱
گروه	۱۴۴/۳۰۷	۱	۱۴۴/۳۰۷	۴/۹۶۲	۰/۰۳۴	۰/۱۵۵
خطا	۷۸۵/۲۸۱	۲۷	۲۹/۰۸۴			
کل	۲۰۶۱۶۴/۰۰۰	۳۰				

جدول ۸ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون ذهن آگاهی با کنترل اثر پیش آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل و کنترل را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مقدار F بین آزمودنی‌ها برابر ۴/۹۶۲ و سطح معناداری برآورد شده ۰/۰۳۴ و کوچکتر از ۰/۰۵ است که نشان می دهد، تفاوت میانگین نمرات انعطاف پذیری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ معنی دار است ( $P < 0/034$  و  $F = 4/962$ ) و با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از جدول ۴ در بخش ذهن آگاهی در قسمت پس آزمون، میانگین نمرات گروه کنترل برابر ۷۹/۸۰ و میانگین نمرات گروه آزمایش برابر ۸۴/۶۰ است و گروه

# دانشنامه علوم تربیتی

جلد ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲

آزمایش از میانگین بالاتری برخوردارند؛ بنابراین، می‌توان گفت: برنامه مداخله‌ای (یک دوره درمان شناختی- رفتاری) بر ذهن آگاهی گروه آزمایش مؤثر بوده است و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر ۰/۱۵۵ است می‌توان گفت که ۱۵/۵ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان ذهن آگاهی در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره بکارگیری درمان شناختی- رفتاری بوده است. در نتیجه فرضیه سوم مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری بر ذهن آگاهی افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری موجب افزایش ذهن آگاهی افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این موضوع در نمودار ۴-۶ نیز قابل مشاهده است، طوری که میانگین نمرات گروه آزمایش، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش فراوانی دارد ولی میانگین نمرات گروه کنترل افزایش یا کاهش آنچنانی ندارد.



## نمودار ۴ مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیر ذهن آگاهی

همان‌طوری که در نمودار ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات ذهن آگاهی در گروه کنترل، در بخش‌های پس‌آزمون و پیش‌آزمون تغییر خاصی نداشته است، ولی در گروه آزمایش در بخش پس‌آزمون میانگین نمرات افزایش قابل‌ملاحظه‌ای نسبت به پیش‌آزمون دارد.

## ۴. بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش نیز تأثیر یکی از درمان‌های رایج در افسردگی؛ یعنی درمان شناختی- رفتاری بر نشانه‌های افسردگی بررسی شد تا شاید بتوان از نتایج پژوهش حاضر در این مسیر استفاده کرد.

نتایج به دست آمده از تحلیل این فرضیه با استفاده از تحلیل کواریانس (ANCOVA) گویای این بود که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی)، تفاوت میانگین نمرات ذهن آگاهی بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است (۰/۰۱/۰).  $P < ۴/۰۳۴ = F$ ، بنابراین، می‌توان گفت: برنامه مداخله‌ای (یک دوره درمان شناختی- رفتاری) بر ذهن آگاهی گروه آزمایش مؤثر بوده است؛ و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر ۰/۱۵۵ است می‌توان گفت که ۱۵/۵ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان ذهن آگاهی در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره بکارگیری درمان شناختی- رفتاری بوده است. در نتیجه فرضیه اول مبنی بر اینکه درمان شناختی- رفتاری بر

# دانشنامه علوم تربیتی

جلد ۱، شماره ۱، آذر ۱۴۰۲

ذهن آگاهی افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر درمان شناختی- رفتاری موجب افزایش ذهن آگاهی افراد مبتلا به افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش جان افزا (۱۳۹۴)، میکلوویتز و همکاران<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۵) است. همچنین نتایج این پژوهش به نوعی با نتایج پژوهش گئورگی<sup>۲۱</sup> (۲۰۲۱)، دیمیجیان و همکاران<sup>۲۲</sup> (۲۰۱۶) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان این‌طور بیان کرد که ذهن آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست؛ درحالی‌که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز برگزیده خود است. به نظر می‌رسد درمان شناختی- رفتاری با آموزش ذهن آگاهی و با ترغیب افراد به تمرین‌های مکرر، توجه متمرکز روی مسئله مورد نظر و آگاهی هدفمندانه روی موضوع و همچنین ذهن افراد، پاسخ فرد به موقعیت‌های تعارض‌آمیز را از حالت اتوماتیک به وضعیت هوشیارانه و مناسب تبدیل می‌کند. مهارت‌های ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند که زمان حال را با آگاهی بیشتری تجربه کند، درعین حال که ذهن کمتر درگیر تجارب دردناک گذشته و تهدیدهای آینده شود؛ بنابراین می‌توان گفت برنامه مداخله‌ای بکار گرفته شده در این پژوهش نیز مفید و مؤثر واقع شده است؛ بنابراین استفاده از این شیوه‌ها می‌تواند به ذهن آگاهی، نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری در افراد مبتلا به افسردگی کمک شایانی کند و به متخصصان در حوزه درمان توصیه می‌شود از این روش استفاده بیشتری کنند.

## فهرست منابع و مآخذ

### منابع فارسی

- اسدالهی، علی. (۱۳۹۹). تأثیر هیپنوتراپی بر کاهش افسردگی اساسی و ذهن آگاهی افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- انجمن روان‌پزشکی امریکا. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ۵، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: روان
- بیانی، ا. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب زنان باردار بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام.
- پاکیزه علی، نظری مریم. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی بر سلامت عمومی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان یاسوج. توسعه آموزش جندی‌شاپور، سال ۶، شماره ۲، ص ۱۵۸-۱۶۸.
- رضائی منش، بهروز؛ رحیمیان، محمد و سدیری جوادی، عاطفه. (۱۴۰۰). نقش ذهن آگاهی بر محیط کار باتوجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی. فصلنامه مطالعات رفتار سازمانی، سال ۱۰، شماره ۱، پیاپی ۲۷، ص ۱۲۷-۱۵۳.
- سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۹۳). خلاصه روان‌پزشکی. ترجمه فرزین رضاعی، تهران: انتشارات ارجمند.
- گودرزی، میترا؛ قاسمی، ندا؛ میردریکوند، فضل اله و غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی. مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت، سال ۵، شماره ۵، ص ۵۳-۶۸.
- گنجی، مهدی. (۱۴۰۰). آسیب‌شناسی روانی براساس DSM - ۵. تهران: ساوالان
- ولی زاده، شاهرخ؛ مکوندی، بهنام؛ بختیار پور، سعید و حافظی، فریبا. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی- شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان. نشریه روان پرستاری، دوره ۸، شماره ۴، ص ۱-۹.

<sup>۲۰</sup>. Miklowitz, D. J & et al

<sup>۲۱</sup>. Georgei

<sup>۲۲</sup>. Dimidjian, S. & et al

هومن، حیدرعلی؛ صالحی، مهدیه و ارجمند، الهام. (۱۳۸۹). ساخت و استانداردسازی آزمون مهارت‌های شناختی و فراشناختی دانشجویان و ارتباط این مهارت‌ها با انگیزه پیشرفت تحصیلی، مجله تحقیقات روان‌شناختی، سال ۲، شماره ۵، صص ۲۶-۴۸.

### منابع خارجی

- Cerel J, Fristad MA, Verducci J, Weller RA, Weller EB. Childhood bereavement: psychopathology in the ۲ years postparental death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. ۲۰۰۶;۴۵(۶):۶۸۱-۹۰.
- Chioma Torres, Holly E. Brophy-Herb, Harlan McCaffery, Julie Struza, Julie C. Lumeng. Maternal Mindfulness is associated with Lower Child Body Mass Index Z score. *Academic Pediatrics* In press, journal pre proof Available online ۲۳ June ۲۰۲۰.
- MacDonald HZ, Olsen A. The role of attentional control in the relationship between mindfulness and anxiety. *Psych Rep*. ۲۰۲۰; ۱۲۳(۳):۷۵۹-۸۰. <https://doi.org/10.1177/0033294119835756>
- Ng, C. H., Kato, T., Han, C., Wang, G., Trivedi, M., Ramesh, V.,... Kasper, S. (۲۰۱۹). Definition of treatment-resistant depression – Asia Pacific perspectives. *Journal of Affective Disorders*, ۲۴۵, ۶۲۶-۶۳۶. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718314125>.
- Parent, J., McKee, L. G., Rough, J. N., Forehand, R. (۲۰۱۵). The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. *Journal of Abnormal Child Psychology*, ۴۴ (۱), ۱۹۱-۲۰۲.
- Robins, C. J. (۲۰۰۴). Zen principles and mindfulness practice in Dialectical behavioral therapy. *Cognitive and behavioral Practice*, ۹, ۵۰-۵۷.
- Salik, I., & Marwaha, R. (۲۰۱۹). Electroconvulsive Therapy. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing
- Tavakoli Z, Kazemi zahrani H. (۲۰۱۸). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Distress Problems and Self-Regulation in Patients with Type ۲ Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*., Volume ۱۳, Issue ۲ DOI: ۱۰.۲۱۸۵۹/ijnr-۱۳۰۲۶.
- Thibodeau, P. H., Fein, M. J., Goodbody, E. S., & Flusberg, S. J. (۲۰۱۵). The Depression Schema: How Labels, Features, and Causal Explanations Affect Lay Conceptions of Depression. *Frontiers in psychology*, ۶, ۱۷۲۸
- Varma, D. (۲۰۱۷). Relationship of Positive and Negative Affect with Depression in Clinical and Normal Group. *Psychology and Behavioral Science*, ۲(۱), ۰۰۱-۰۰۶. [Link]
- Walsh, J., Balian, MG. Smolira, SJDR. Fredericksen, LK. & Madsen, S. (۲۰۰۹). Predicting individual.