Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 2/ No. 1/ Spring 2015
Page: 15-29

Predict symptoms of depression based on cognitive flexibility, rumination and mindfulness in students

Alizadeh, A.[1*], Haji yousefi, E.[2], Farvareshi, M.[3], Zoghi, H.[4]
1-Young Researchers And Elite Club, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. (Corresponding author). Ramiin.alizadeh@yahoo.com. 09144140779
2- MA Student, Department of Clinical Psychology, College of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Eli_1361hf@yahoo.com.
3- PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Mfarvareshi@yahoo.com.
4- Assistant Professor Department of English, Islamic Azad University, Ahar, Iran. Dr.m.zoghi@gmail.com.

Abstract

Introduction: This study aimed to predict symptoms of depression based on cognitive flexibility, rumination and mindfulness of students.

Method: This design of current study was of descriptive correlational type. The study population consisted of all students enrolled in 2014-2015 school year in Tabriz Azad University, among which 180 were selected by random cluster sampling. Subjects completed cognitive flexibility Inventory (CFI), the Beck Depression Inventory 2 (BDI-II), rumination (RRS) and the Freiburg Mindfulness Inventory. Multiple regression analysis was used to analyze the data.

Results: The results showed that there is a significant negative correlation between cognitive flexibility and its subsets with depression ($P<0.001$), and there was a significant positive correlation between rumination and depression ($P<0.001$). The relationship between mindfulness and depression was significant and negative ($P<0.001$). The results of regression analysis showed that these variables explain 57% of depression.

Discussion: The results of this study have therapeutic implications based on Cognitive Flexibility Training through cognitive behavioral therapy, as well as Mindfulness Training, on rumination reduction and depression symptoms.

Key words: Cognitive flexibility, Rumination, Mindfulness, Depression.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال دوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴
صفحات: ۲۹-۱۵

پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی در دانشجویان

اصغر علیزاده*[۱]، الناز حاجی یوسفی[۲]، محمود فرورشی[۳]، مسعود ذوقی[۴]
۱- باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۰۹۱۴۴۱۴۰۷۷۹-Ramiin.alizadeh@yahoo.com- (نویسنده‌ی مسئول).
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران.
Eli_1361hf@yahoo.com
۳- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران.
Mfarvareshi@yahoo.com
۴- استادیار گروه زبان انگلیسی، دانشگاه آزاد اسلامی اهر، اهر، ایران.
Dr.m.zoghi@gmail.com

چکیده
مقدمه: هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی در دانشجویان بود.
روش: طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز مشغول به تحصیل در سال ۹۴-۱۳۹۳ بود که از بین آنها ۱۸۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)، افسردگی بک ۲ (BDI-II)، نشخوار فکری (RRS) و پرسشنامه‌ی ذهن‌آگاهی فرایبورگ را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده گردید.
یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین انعطاف‌پذیری شناختی و خرده‌مقیاس‌های آن با افسردگی همبستگی منفی و معنی‌دار (P< ۰/۰۰۱) و بین نشخوار فکری با افسردگی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد (P< ۰/۰۰۱). رابطه بین ذهن‌آگاهی با افسردگی منفی و معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که این متغیرها در مجموع ۵۷ درصد افسردگی را تبیین می‌کنند.
نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر تلویحات درمانی مبنی بر آموزش انعطاف‌پذیری شناختی از طریق درمان شناختی رفتاری و همچنین، آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار و نشانه‌های افسردگی دارد.
کلید واژه‌ها: انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری، ذهن‌آگاهی، افسردگی.

.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

مقدمه

افسردگی[1] یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن مواجه می‌شوند (یانگ، ریف، وینبرگر و بک[2]، ۲۰۰۸) و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش نموده‌اند (سگال، ویلیامز و تیزدل[3]، ۲۰۰۲). تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (لوینسون[4]، ۲۰۰۶). امروزه درمان شناختی رفتاری[5] بهترین درمان برای افسردگی است که از نظر تجربی مورد آزمایش و تایید قرار گرفته است. اصل اساسی درمان شناختی رفتاری این است که افسردگی به بهترین وجه، از طریق مداخلاتی که از بین بردن شناخت‌های ناسازگار خودکار و جایگزینی آن‌ها با شناخت‌های سازگار واقع‌بینانه را مورد هدف قرار می‌دهند، درمان می‌شود (یانگ، وینبرگر و بک، ۲۰۰۱). به نظر می‌رسد که این نوع درمان با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی[6] در افراد افسرده موجب کاهش خلق افسرده می‌شود (سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی، ۲۰۱۳).

توضیح اینکه، افسردگی، اختلالی است که ویژگی آن فقدان انعطاف‌پذیری در زمینه‌های مختلف است. افراد افسرده خلق گسترده‌ی پایین و یا عدم توانایی لذت‌بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات محیط خود را به صورت محیطی تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند؛ جهان از نظر این افراد، ثابت، ملال‌آور، پوچ و بی‌فایده است. در نتیجه بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده در نظر می‌گیرند و عادت‌های رفتاری آنها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (کاشدان و روتنبرگ[7]، ۲۰۱۰).

در این راستا، پژوهش‌های زیادی (سلطانی و همکاران، ۲۰۱۳؛ فارین، هال، آنوین، ویکس و داوید[8]، ۲۰۰۳؛ واتاری، لتامندی، الدرکین-تامپسون، هارون، میلر و همکاران[9] ۲۰۰۶؛ گان، ژانگ، وانگ و شن[10]، ۲۰۰۶؛ هینکلمان، موریتز، بوزنهارت، ریدسل، ویدمان و همکاران[11]، ۲۰۰۹؛ پریس، کوچرووا، لوکاوسکی، استپانکووا، سس و همکاران[12]، ۲۰۰۹؛ بروکس، ایورسون، شرمن و روبرگ[13]، ۲۰۱۰؛ میران، دیاموند، تودر و نمتس[14]، ۲۰۱۱) همبستگی بین انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی را مورد تأیید قرار داده‌اند. در مورد مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی نیز پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است. اما در حال حاضر اتفاق نظری در مورد چگونگی تعریف این مفهوم یا سنجش آن وجود ندارد. به طور کلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های

1- Depression
2 - Young, Rygh, Weinberger & Beck
3 - Segal, Williams & Teasdale
4 - Levinson
5 - Cognitive Behavior Therapy
6 - Cognitive flexibility
7 - Kashdan & Rottenberg
8 - Farrin, Hull, Unwin, Wykes & David
9 - Watari, Letamendi, Elderkin-Thompson, Haroon, Miller & etal
10 - Gan, Zhang, Wang & Shen
11 - Hinkelmann, Moritz, Botzenhardt, Riedesel, Wiedemann & etal
12 - Preiss, Kucerova, Lukavsky, Stepankova, Sos & etal
13 - Brooks, Iverson, Sherman & Roberge
14 - Meiran, Diamond, Toder & Nemets

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (دنیس و واندروال[1]، ۲۰۱۰). بعضی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند (گان، لیو[2] و ژانگ، ۲۰۰۴؛ زونگ[3]، کائو[4]، کائو، شی[5]، وانگ و همکاران، ۲۰۱۰). سبک شناختی غیرانعطاف‌پذیر ویژه افسردگی، باعث تقویت حالات افسردگی از طریق ایجاد سوگیری در پذیرش خودکار افکار ناکارآمد می‌شود. در نتیجه، آموزش بیماران افسرده برای تفکر انعطاف‌پذیر از طریق چالش افکار ناکارآمد باعث کاهش خلق افسرده می‌شود (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵؛ مور[6]، ۱۹۹۶).

از متغیرهای دیگری که با افسردگی رابطه دارد نشخوار فکری[7] است. توضیح اینکه، نشخوار فکري به عنوان یک سبک تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراري، عودکننده، مزاحم و کنترل‌ناپذیر تعریف شده است و نوعی پاسخدهی به پریشانی است که فرد افسرده به طور مکرر و منفعلانه بر علایم پریشانی و علل و عواقب آن تمرکز می‌کند (نالن هوکسما، ویسکو و لیوبومرسکی[8]، ۲۰۰۸). این افکار به طور غیرارادي وارد آگاهی می‌شوند و توجه فرد را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف و بر احساس افسردگی و علل و عواقب آن متمرکز می‌کند (جورمان[9]، ۲۰۰۶؛ برینکر و دوزویس[10]، ۲۰۰۹).

گرچه پژوهش‌هاي انجام شده در حیطه‌ی نشخوار فکري، آن را پیامد خلق افسرده می‌دانند، اما شواهد تحقیقات طولی (نالن‌هوکسما، مکبراید[11] و لارسون[12]، ۱۹۹۸)، زمینه‌یابی (نالن‌هوکسما، مورو و فریدریکسن[13]، ۱۹۹۳) و مطالعات روي افرادي که قبلاً افسرده بوده‌اند نشان می‌دهد نشخوار فکري یک ویژگی ناشی از تفاوت‌هاي فردي پایدار است و به نظر می‌رسد مکانیزم‌هاي زیربنایی داشته باشد که برخی افراد را مستعد ابتلا به آن می‌سازد (روبرتس، گیلبوآ و گاتلیب[14]، ۱۹۹۸)؛ به طوري که در پژوهش‌هاي اخیر بعضی از نقایص شناختی مربوط به لب پیشانی، مثل انعطاف‌ناپذیري شناختی یا درجاماندگی در سبب‌شناسی نشخوار فکري مورد توجه قرار گرفته است (واتکینز و براون[15]، ۲۰۰۲؛ میراندا، والدراما، تیپس، گادول و گالاگر[16]، ۲۰۱۳). در این راستا، مارتین، اُرن و بون[17] (۱۹۹۱) در پژوهشی نشان دادند افرادي که از لحاظ شناختی انعطاف‌ناپذیرند، هنگام ناراحتی به نشخوار فکري روي می‌آورند و نیرو و

1 - Dennis & Vander Wal
2 -.Liu
3 - Zong
4 - Cao
5 - Shi
6 - Moore
7- Rumination
8- Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyumbomirsky
9- Joormann
10- Brinker & Dozois
11- McBride
12 - Larson
13- Morrow & Fredrickson
14- Roberts, Gilboa & Gotlib
15- Watkins & Brown
16- Miranda, Valderrama, Tsypes, Gadol & Gallagher
17 - Martin, Oren & Boone 12.Minfulness

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

توان شناختی‌شان را بر نشخوار، که پاسخی تکراري و غیر سودمند براي فرد به ارمغان می‌آورد، متمرکز می‌کنند (مارتین و همکاران، ۱۹۹۱). انعطاف‌پذیري شناختی به این دلیل که ممکن است فرایند تغییر توجه فرد را از خود و مشکلاتش به فعالیت‌ها و موضوعات لذت‌بخش دشوار کند، می‌تواند باعث افزایش نشخوار فکري شود. در مطالعات متعدد نشان داده شده است که نشخوار فکري پیش‌بیني‌کننده‌ی قوي علائم افسردگي و شروع دوره‌هاي افسردگي شدید و میانجي تفاوت‌هاي جنسي در علائم افسردگي است (منصوری، فرنام، بخشی‌پور رودسری و محمودعلیلو، ۲۰۱۰).

علاوه بر این، ذهن‌آگاهی[1] از دیگر متغیرهایی است که افسردگی رابطه دارد. توضیح اینکه، ذهن‌آگاهی مفهومي است که در سال‌هاي اخیر تحت تأثیر تفکر بودایي، توجه روان‌شناسان، روان‌درمان‌گران و محققان را به خود جلب کرده است. ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهي از آنچه که در لحظه‌ی کنوني اتفاق مي‌افتد تعریف شده است (براون و ریان[2]، ۲۰۰۳؛ والش، بالانت، اسمولیرا، فردریکسن و مادسن[3]، ۲۰۰۹). این توجه، توجهي است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوري در مورد تجربه‌هاي در حال وقوع در لحظه کنونی (کابات زین[4]، ۲۰۰۳؛ به نقل از لی[5]، بون و لان‌مارلات[6]، ۲۰۰۵). ذهن‌آگاهی به ما یاري مي‌دهد تا این نکته را درك کنیم که هیجان‌هاي منفي ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دائمي شخصیت نیستند. هم‌چنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جاي آنکه به رویدادها به طور غیرارادي و بي تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانوئل، آپگراف، کالمباخ و سیسلا[7]، ۲۰۱۰).

از طرفی، افزایش ذهن‌آگاهی با افزایش بهزیستي روان‌شناختي، توافق، گشودگي، وجدانمندي و کاهش نشانه‌هاي درد همراه است. در حقیقت افراد ذهن‌آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا‌تر هستند (واکر و کولوسیمو[8]، ۲۰۱۱؛ زیدان، گوردون، مرچانت، گلکاسیان و پائولا[9]، ۲۰۱۰). سیگل[10] (۲۰۱۰) تمرین‌هاي ذهن‌آگاهی را براي طیف قابل توجهي از افراد با مشکلات متنوع مفید مي‌داند. از جمله در کاهش غم و اندوه، افسردگي تا وابستگي و اختلالات خوردن نیز مؤثر است. (کریستلر، بائر و ولور[11]، ۲۰۰۶). به نظر تیزدل، سگال، ویلیامز، ریجوی[12]، سلسبي[13] و همکاران (۲۰۰۰) مهارت‌هاي آموخته شده‌ی کنترل‌توجه در مراقبه ذهن‌آگاهی مي‌توانند در پیشگیري از عود دوره‌هاي افسردگي اساسي سودمند باشند. بر اساس نظریه پردازش اطلاعات آنها درباره عود افسردگي، افرادي که

1 - Minfulness
2 - Brown & Ryan
3- Walsh, Baliant, Smolira & Madsen
4- Kabat Zinn
5- Leigh

6- Bowen & LanMarlatt
7 - Emanuel, Updegraff, Kalmbach & Ciesla
8- Walker & Colosimo
9- Zeidan, Gordon, Merchant, Goolkasian & Paula
10- Siegel
11- Kristeller, Baer & Wolver
12- Ridgeway
13- Soulsby

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

دوره‌هاي افسردگي اساسي را تجربه كرده‌اند، در زمان مواجه شدن با حالت‌هاي ملال در مقابل بازگشت افسردگي آسيب‌پذير هستند، زيرا اين حالت‌ها مي‌توانند الگوهاي تفكر افسرده‌ساز در طول دوره يا دوره‌هاي قبلي را دوباره فعال كنند. همچنين، نتايج پژوهش احمدوند، حيدري‌نسب و شعيري (۲۰۱۲) نشان داده است كه ذهن‌آگاهي پيش‌بيني كننده‌اي قوي براي بهزيستي روان‌شناختي است.

با توجه به مطالب ارائه شده، توجه به متغیرهای مرتبط با سازگاری روان‌شناختی به ویژه افسردگی در دانشجویان، ضرورت اجراي اين پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین، انجام چنین پژوهش‌هایی دانش و اطلاعات نوینی را به دست می‌دهد که می‌تواند در پژوهش‌هاي بعدي مورد استفاده قرار گیرد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی در دانشجویان بود.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه‌ی دانشجویان مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی تبریز بود که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند. در راستای هدف پژوهشی، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و به صورت تصادفی، نمونه‌ای مشتمل بر ۱۸۰ نفر انتخاب شد. پس از جلب مشاركت آزمودني‌ها، پرسش‌نامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)، افسردگی بک ۲ (BDI-II)، نشخوار فکری (RRS) و ذهن‌آگاهی فرایبورگ توسط دانشجویان تکمیل گردید. میانگین سنی دانشجویان ۲۶ سال و ۶ ماه و انحراف معیار ۵/۳۹ سال بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده گردید.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)[1]: این پرسش‌نامه توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارامد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه‌ی نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی می‌باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها و ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسش‌نامه در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰؛ به نقل از سلطانی و همکاران، ۲۰۱۳).

دنیس و وندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که این پرسش‌نامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان

1 - Cognitive flexibility Inventory

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

مناسبی برخوردار است. این پژوهشگران نشان دادند که دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنی دارند و عامل کنترل به عنوان خرده مقیاس دوم در نظر گرفته شد. روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی افسردگی بک ۲ (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین[1] ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱، و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵، و ۰/۷۷ به دست آوردند. در ایران، شاره، فرمانی و سلطانی ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌ناپذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲، ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش نمودند.

پرسشنامه افسردگی بک[2] ویرایش دوم (BDI-II): این مقیاس شکل بازنگري شده‌ي پرسشنامه‌ي افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، استیر[3] و براون، ۲۰۰۰). ویرایش‌دوم پرسشنامه‌ي افسردگی بک، در مقایسه با ویرایش اول، بیشتر با DSM-IV[4] همخوانی دارد. به علاوه، ویرایش دوم این پرسشنامه تمامی عناصر افسردگی، براساس نظریه‌ي شناختی افسردگی را نیز پوشش می‌دهد (پناهنده، صالحی‌فدردی و مشهدی، ۲۰۱۴). این پرسشنامه نیز همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روي یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندي کنند. بنابراین، نمره‌ي کل پرسشنامه دامنه‌اي از صفر تا ۶۳ دارد. این پرسشنامه قابل استفاده در جمعیت ۱۳ سال به بالا بوده و نقاط برشی به شرح زیر براي آن در نظر گرفته شده‌است: هیچ یا کمترین افسردگی: نمره صفر تا ۱۳؛ افسردگی خفیف، ۱۹-۱۴؛ افسردگی متوسط، ۲۸-۲۰؛ و افسردگی شدید، ۶۳-۲۹ (گراث-مارنات[5]، ۱۳۸۶). مطالعات انجام شده بر روي پرسشنامه‌ي افسردگی بک ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را براي این پرسشنامه گزارش کرده‌اند و به طور کلی این پرسشنامه جانشین خوبی براي ویرایش اول پرسشنامه‌ي افسردگی بک محسوب می‌شود (فتی، ۱۳۸۲؛ به نقل از پناهنده و همکاران، ۲۰۱۴). بک و همکاران (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶، ضریب آلفا براي گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون[6] (۲۰۰۵) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان

1- Martin & Robin
2- Beck Depression Inventory
3- Steer
4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)
5- Groth-Marnat
6- Dobson

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده اند. کاویانی (۲۰۰۸) در تحقیق خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و هماهنگی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است.

مقیاس نشخوار فکری (RRS)[1]: این پرسشنامه توسط تراپنل و کمپل[2] در سال ۱۹۹۹ ساخته شده است و شامل دو قسمت: ۱- خرده مقیاس نشخوار ذهنی (۱۲ آیتم) و ۲- خرده مقیاس تاملی (۱۲ آیتم) می‌باشد. پاسخ به هر آیتم بر روی مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای با دامنه ۵ (بسیار موافقم) تا ۱ (بسیار مخالفم) را شامل می‌شود. نمره‌ی کلی هر یک از این مقیاس‌ها بر ۱۲ تقسیم می‌شود، بنابراین نمره فرد در هر یک از این خرده مقیاس‌ها بین ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. در پژوهش قربانی، واتسون[3] و هارگیس[4] (۲۰۰۸) خصوصیات روانسنجی خوبی برای این ابزار نشان داده شده است بطوری که همسانی درونی این مقیاس را در ایران ۰/۸۴ و در آمریکا ۰/۸۰ گزارش کردند.

پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ[5] (فرم ۱۴ سوالی): این پرسشنامه را در سال ۲۰۰۱ هیل[6] و همکاران ساخته‌اند. والاچ، بوچلد، بوتن‌مولر، کلینخت و اشمیت[7] (۲۰۰۶) در پژوهش خود به معرفی و همچنین بررسی مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه پرداختند و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۳ گزارش کردند. فرم کوتاه آن ۱۴ ماده دارد که پاسخ به سئوالات، به صورت به ندرت، بعضي اوقات، اغلب اوقات و همیشه است. ضریب آلفاي کرونباخ فرم کوتاه این پرسشنامه ۰/۸۶ و ضریب همبستگی آن در نمونه بالینی ۰/۳۱ و در نمونه بهنجار ۰/۷۹ گزارش شده است (گل‌پور و محمدامینی، ۲۰۱۲).

یافته‌ها

شاخص‌هاي توصيفي (ميانگين و انحراف استاندارد) نمره‌هاي متغيرهاي پژوهش در جدول ۱ ارائه شده‌اند. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در کل نمونه، بالاترین میانگین مربوط به انعطاف‌پذیری شناختی (۶۶/۵۳) و پایین‌ترین میانگین مربوط به ادراک توجیه رفتار (۶/۶۹) است.

1- Rumination Reflection Scale
2- Trapnell & Campbell
3 - Watson
4- Hargis
5- Freiburg Mindfulness Inventory
6- Hill
7- Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht & Schmidt

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	زنان	مردان	کل
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
افسردگی	۲۱/۰۶ (۹/۴۵۸)	۱۸/۴۵ (۹/۰۳۸)	۱۹/۹۷ (۹/۳۴۹)
انعطاف‌پذیری شناختی	۶۴/۱۸ (۳۵/۶۲۰)	۶۹/۸۱ (۳۲/۱۶۸)	۶۶/۵۳ (۳۴/۲۴۵)
ادراک گزینه‌های مختلف	۳۴/۷۱ (۲۱/۶۵۹)	۳۷/۳۵ (۱۹/۴۲۹)	۳۵/۸۱ (۲۰/۷۴۴)
ادراک کنترل‌پذیری	۲۲/۸۶ (۱۳/۱۸۱)	۲۵/۶۰ (۱۲/۸۸۰)	۲۴ (۱۳/۰۹۱)
ادراک توجیه رفتار	۶/۵۷ (۴/۱۹۰)	۶/۸۷ (۳/۵۰۸)	۶/۶۹ (۳/۹۱۳)
نشخوار فکری	۳۷/۰۸ (۱۷/۷۶۲)	۳۲/۴۹ (۱۶/۵۴۴)	۳۵/۱۷ (۱۷/۳۶۶)
ذهن‌آگاهی	۳۲/۹۵ (۱۴/۲۳۱)	۳۷/۸۰ (۱۴/۶۲۱)	۳۴/۹۷ (۱۴/۵۵۳)

به منظور بررسی همبستگی بین متغیرها از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۲ ارائه شده است. مطابق مندرجات جدول ۲، همبستگی بین نشانه‌های افسردگی با انعطاف‌پذیری شناختی (r=-۰/۵۳۷)، ادراک گزینه‌های مختلف (r=-۰/۴۹۳)، ادراک کنترل‌پذیری (r=-۰/۵۴۴) و ادراک توجیه رفتار (r=-۰/۱۴۱) منفی و معنی‌دار بود (P <۰/۰۰۱). همبستگی بین نشانه‌های افسردگی با نشخوار فکری (r=۰/۶۱۷) مثبت و معنی‌دار بود (P <۰/۰۰۱). همچنین، بین نشانه‌های افسردگی با ذهن‌آگاهی (r=-۰/۶۳۵) همبستگی منفی و معنی‌دار وجود داشت (P <۰/۰۰۱).

جدول۲: ماتریس همبستگی بین متغیرها در کل نمونه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. افسردگی	۱						
۲. انعطاف‌پذیری شناختی	-۰/۵۳۷**	۱					
۳. ادراک گزینه‌های مختلف	-۰/۴۹۳**	۰/۹۸۴**	۱				
۴. ادراک کنترل‌پذیری	-۰/۵۴۴**	۰/۸۷۳**	۰/۶۸۳**	۱			
۵. ادراک توجیه رفتار	-۰/۱۴۱**	۰/۸۱۰**	۰/۷۱۹**	۰/۶۸۲**	۱		
۶. نشخوار فکری	۰/۶۱۷**	-۰/۸۰۹**	-۰/۷۶۷**	-۰/۷۱۴**	-۰/۶۲۵**	۱	
۷. ذهن‌آگاهی	-۰/۶۳۵**	۰/۷۸۶**	۰/۷۲۱**	۰/۷۲۳**	۰/۶۳۷**	-۰/۸۱۴**	۱

در راستای بررسی نقش متغیرهای پیش‌بین (انعطاف‌پذیری شناختی و مولفه‌های آن، نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی متغیر ملاک (نشانه‌های افسردگی) از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که نتایج در جدول ۳ درج شده است. مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری شناختی به تنهایی ۳۲% از واریانس علائم افسردگی را تبیین می‌نماید (F=۱۳۵/۴۹۲، P <۰/۰۰۱). بررسی‌ها با استفاده از آزمون معنی‌داری ضرایب رگرسیون نشان داد که ضریب رگرسیون استاندارد ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

کنترل‌پذیری در پیش‌بینی علایم افسردگی معنی‌دار می‌باشد اما ضریب رگرسیون ادراک توجیه رفتار معنی‌دار نبود. همچنین، نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه نشان داد که نشخوار فکری ۵۴% از واریانس علائم افسردگی را تبیین می‌کند (F=۵۱/۵۷، P <۰/۰۰۱). آزمون معنی‌داری ضرایب رگرسیون نشان داد که ضریب رگرسیون استاندارد ذهن‌آگاهی ۴۰% از واریانس علایم افسردگی را تبیین می‌کند (F=۳۹/۹۴، P <۰/۰۰۱).

جدول ۳: ضرایب بتای استاندارد حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	β	Sig	R^2
ادراک گزینه‌های مختلف	-۰/۲۴۳	۰/۰۲۹	-۰/۵۳۹	۰/۰۰۱	
ادراک کنترل‌پذیری	-۰/۲۷۲	۰/۰۴۳	-۰/۳۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲۱
ادراک توجیه‌رفتار	۰/۰۱۹	۰/۱۵۲	۰/۰۰۸	۰/۹۰۳	
نشخوار فکری	۰/۴۷۴	۰/۰۶۶	۰/۷۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴۱
ذهن‌آگاهی	-۰/۹۲۹	۰/۰۹۲	-۰/۱۷۵	۰/۰۰۰	۰/۴۰۵

نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر نشانه‌های افسردگی نشان می‌دهد که مقدارF به دست آمده برای این متغیرها معنی‌دار بود (F=۵۸/۸۳ و P<۰/۰۰۱) (جدول ۴). بین متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی با افسردگی رابطه‌ی معنی‌دار دیده شد (R=۰/۲۶۴) و این متغیرها در مجموع ۵۷ درصد افسردگی را تبیین می‌کنند (R2=۰/۵۷۱).

جدول ۴. خلاصه رگرسیون متغیرهای پیش‌بین و نشانه‌های افسردگی

مدل رگرسیون	SS	DF	MS	F	Sig	R	R2
رگرسیون	۱۴۵۵/۳۳۷	۳	۴۸۵/۱۱۲	۵۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶۴	۰/۵۷۱
باقیمانده	۱۰۸۵/۵۲۴	۱۷۶	۳۱/۴۵۶				
کل	۱۵۶۴۴/۸۶۱	۱۷۹					

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی در دانشجویان بود.

نتایج پژوهش نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی با نشانه‌های افسردگی رابطه‌ی منفی و معنی‌دار دارد. این مسئله، بیانگر آن است که هر چه میزان انعطاف‌پذیری بالاتر رود، نشانه‌های افسردگی کاهش می‌یابد. در مورد خرده‌مقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی نیز همین شرایط برقرار است. بطوری که بین ادراک گزینه‌های مختلف، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک توجیه رفتار و شدت نشانه‌های افسردگی همبستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های سلطانی و همکاران (۲۰۱۳)، فارین و همکاران (۲۰۰۳)، هینکلمان و همکاران (۲۰۰۹)، دنیس و وندروال

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

(۲۰۱۰) و میران و همکاران (۲۰۱۱) همخوان است.
در تبیین یافته‌ی فوق، می‌توان این‌گونه استنباط کرد که افراد افسرده نمی‌توانند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل‌کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد توانایی توجیه چندین جایگزین را ندارند و در موقعیت‌های سخت نمی‌توانند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کنند (سلطانی و همکاران، ۲۰۱۳). کاشدان و روتنبرگ (۲۰۱۰) معتقدند که ویژگی اصلی اختلال افسردگی، فقدان انعطاف‌پذیری در زمینه‌های مختلف است. افراد افسرده خلق گسترده‌ی پایین و یا عدم توانایی لذت‌بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات محیط خود را به صورت محیطی تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند. بنابراین، آموزش بیماران افسرده برای تفکر انعطاف‌پذیر از طریق چالش افکار ناکارآمد موجب کاهش خلق افسرده می‌شود (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵؛ مور، ۱۹۹۶). تلویحات بالینی این نتایج، این است که درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند افسردگی را با از بین‌بردن شناخت‌های ناسازگار خودکار و جایگزینی آن‌ها با شناخت‌های سازگار واقع‌بینانه درمان کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۱). در واقع این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد افسرده می‌تواند خلق افسرده را بهبود بخشد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که خرده‌مقیاس‌های عامل ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف می‌توانند علایم افسردگی را پیش‌بینی نمایند. این یافته با نتایج یافته‌ی سلطانی و همکاران (۲۰۱۳) همسو می‌باشد و بیانگر این است که اگر فرد قادر باشد موقعیت‌های سخت را قابل‌کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد، کمتر به افسردگی دچار می‌شود.

یکی دیگر از یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین نشخوار فکری و علایم افسردگی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. این یافته، همسو با نتایج مطالعات نالن‌هوکسما و همکاران (۲۰۰۸)، جورمان (۲۰۰۶) و برینکر و دوزویس (۲۰۰۹) می‌باشد که نشخوارفکری را نوعی پاسخدهی به پریشانی می‌دانند که در آن، فرد افسرده به طور مکرر و منفعلانه بر علایم پریشانی و علل و عواقب آن تمرکز می‌کند.

مدل‌ها و تعاریف زیادي از نشخوار فکري ارائه شده است که نیرومندترین نظریه در این مورد، نظریه‌ی سبک‌هاي پاسخ[1] (نالن هوکسما و همکاران، ۱۹۹۳) می‌باشد. در این نظریه، نشخوار فکري به عنوان تفکر تکرارشونده درباره‌ی علائم افسردگي، علل احتمالي و پیامدهاي این علائم تعریف شده است. شدت و سیر افسردگي پیامد ارزیابي فرد از علائم افسردگي خویش است. در این نظریه تأکید می‌شود که پاسخ‌هاى نشخواري نقطه مقابل حل مسئله مؤثر و ساختاریافته است، یعنی، مانع بروز رفتارهاي مؤثري می‌شود که می‌توانند به درمان

1- Response styles

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

افسردگی کمک کنند. در نظریه سبک‌های پاسخ، تأثیر دو نوع سبک پاسخی نشخواري و منحرف‌کننده‌ی حواس[1] در خلق افسرده با یکدیگر مقایسه شده‌اند. سبک پاسخ‌های نشخواري می‌توانند به عنوان افکار تکرارشونده و رفتارهایی تعریف شود که توجه فرد افسرده را بر علائم افسردگی، دلایل و پیامدهاي آن متمرکز می‌کند. پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس نیز، به عنوان افکار یا رفتارهایی تعریف می‌شوند که به ذهن فرصت رهایی از علائم افسردگی را می‌دهد و فرد را به سوي فعالیت‌هاي لذت‌بخش و خنثی سوق می‌دهند (نالن هوکسما و همکاران، ۱۹۹۳). در مدل رگرسیون نیز نتایج نشان داد که نشخوار فکری توانست میزان معناداری از تغییر در افسردگی را پیش‌بینی کند. نتایج این پژوهش، نتایج یافته‌های پیشین مانند مولدز، کاندریس، استار و وانگ[2] (۲۰۰۷) مبنی بر اینکه نشخوار فکری توانسته است میزان افسردگی را پیش‌بینی کند، تایید می‌کند. بنابراین، با توجه به این که نشخوار فکری به عنوان مهم‌ترین مولفه‌ی افسردگی شناخته شده است، نظریه‌های جدید در شناخت‌درمانی، کاهش نشخوار فکری را به عنوان هدف درمان‌های خود قرار داده‌اند (ما[3] و تیزدل، ۲۰۰۴). همچنین، مولفه‌های رفتاری در درمان شناختی‌رفتاری به منظور کاهش نشخوار فکری و متعاقب آن کاهش در علایم افسردگی، موثر ارزیابی شده‌اند. (نالن هوکسما، ۲۰۰۰).

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ذهن‌آگاهی و افسردگی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد و ذهن‌آگاهی یکی از مولفه‌های پیش‌بین افسردگی است به طوری‌که با افزایش ذهن‌آگاهی نشانه‌های افسردگی کاهش می‌یابد. ذهن‌آگاهي به عنوان نوعي ظرفیت و یا توانایي ذاتي بشر در نظر گرفته مي‌شود که مي‌توان آن را از طریق طیفی از تمرین‌ها و مداخلات افزایش داد (ارک و کراسکه[4]، ۲۰۱۰). به نظر بائر[5] (۲۰۰۳) ذهن‌آگاهي را مي‌توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یك شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درك کردن احساسات شخصي است. همچنین، ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی[6] ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه‌ی خود به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده خلق منفی – فکر منفی – گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و بروز افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در تبیین این یافته مي‌توان گفت آن‌گونه که در متن‌هاي قدیمي‌تر مرجع آمده است، در واقع به نظر مي‌رسد ذهن‌آگاهی از طریق آموزش کنترل توجّه[7] مؤثر واقع مي شود (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵). در اصل، فرض این است که آسیب‌پذیري در مقابل

1- Distraction
2 - Moulds, Kandris, Starr & Wong
3- Ma

4- Arch & Craske
5- Baer
6- Metacognitive
7- Attention control training

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

افسردگي، ناشي از پيوندهاي مكرربين خلق افسرده و الگوهاي منفي خود- ايرادگير و نااميدانه تفكر است كه به نوبه خود به تغيير در سطوح شناختي و عصبي مي‌انجامد (سگال، گمار[1] و ويليامز، ۱۹۹۹). نتايج پژوهش حاضر تلويحات درمانی مبنی بر آموزش ذهن‌آگاهی را نیز به منظور کاهش نشانه‌های افسردگی دربر دارد. در اصل، آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادتی واقع در موتور مرکزی[2] را از حالت تصلب خارج و با جهت‌دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند.

از این دیدگاه، شانس گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می‌یابد. در این شیوه، منابع حسی مانند الگوهای معنایی است و تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرحواره می‌شود (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵). در حالت ایستاده، متین، بدون تحرک و با تنفس منظم و آهسته بودن، در واقع الگوهای حسی داخلی گیرنده‌های عضلانی و الگوی کلی رمزها در مدل ذهنی طرحوارهایی که مربوط به موقعیت سخت است را تغییر می‌دهند. در نتیجه، هنگامی که در ذهن‌آگاهی، توجه را متمرکز می‌کنیم، تغییر مدل طرحواره مشکل‌دار به اوج می‌رسد و تصلب به‌وجود آمده نرمش پیدا می‌کند (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان اینگونه استنباط کرد که ذهن‌آگاهی موجب توقف چرخه‌ی تجارب منفی درونی مانند نشانه‌های افسردگی و یا نشخوارگری یک رویداد در گذشته می‌شود. زیرا ذهن‌آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد و بدین ترتیب سازگاری روان‌شناختی خود را افزایش می‌دهد. (کارداسیاتو[3]، ۲۰۰۵).

در بررسی پیشنه‌ی پژوهش، تحقیقات اندکی در زمینه متغیرهای این پژوهش بدست آمد بطوری که از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر کمبود پیشینه‌ی پژوهشی داخلی و خارجی در مورد رابطه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی با نشانه‌های افسردگی بود. همچنین، زمینه‌ی مطالعات ذهن‌آگاهي هنوز در ابتداي رشد خود قرار دارد. بنابراین، نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان‌دهنده‌ی زمینه‌هاي بسيار زياد جهت انجام پژوهش‌هاي بعدي مي‌باشد. تحقیقات بیشتر در زمینه‌ی نشخوار فکری نیز ممکن است راه‌هاي جديدي را براي ارتقاي بهزيستي در زندگي افراد باز كند از جمله اینکه تحقیقات در زمینه بررسی انعطاف‌پذیری

1- Gemar
2 - Central engine

3 - Cardaciotto

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

شناختی و افسردگی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی که یکی از مشخصه‌های اصلی آن نشخوار فکری است، می‌تواند منجر به مداخلات درمانی متناسبی از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه‌ی تمام کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل بیاورند.

References

Ahmadvand, Z., Heydarinasab, L., Shairi. MR. (2012). Prediction of Psychological Well –Being Based on the Comonents of Mindfulness, *Health Psychology*, 11(2), 60-69.(Persian).

Arch, JJ., Craske, MG. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction, *Behaviour Research Therapy*, 44, 1849-1858.

Baer, RA. (2003), "Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143

Beck, AT., Steer, RA., & Brown, GK. (2000). *BDI-Fast Screen for medical patients manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

Brinker, JK., Dozois, DJ. (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of clinical psychology*, 65(1), 1-19.

Brooks, BL., Iverson, GL., Sherman, EMS., Roberge, MC. (2010). Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychological testing. *Appl Neuropsychol*, 17(1), 37-43.

Brown, KW., & Ryan, RM. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing, *Journal of personality and Social psychology*, 84, 822-848.

Canas, J.J., Quesada, J.F., Antoli, A., & Fajardo, I. (2003). Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46(5), 482–501.

Cardaciotto, LA. (2005). *Assessing mindfulness*: The develop of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance Doctoral dissertation. University of Drexel, USA.

Dennis, JP., Vander Wal, JS. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*, 34(3), 241-53.

Emanuel, AS., Updegraff, JA., Kalmbach, AD., Ciesla, JA. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting, *Personality and Individual differences*, 49, 815-818.

Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, MK., Dabson, KS. (2005). Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 11(3), 312-326. (Persian).

Farrin, L., Hull, L., Unwin, C., Wykes, T., David, A. (2003). Effects of depressed mood objective and subjective measures of attention. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 15(1), 98-104.

Gan, Y., Zhang, Y., Wang, X., Wang, S., Shen, X. (2006). The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. *Pers Indiv Diff* , 40(5), 859-71.

Gan, Y., Liu, Y., Zhang, Y. (2004). Flexible coping responses to severe acute respiratory syndrome-related and daily life stressful events. *Asian J Soc Psychol*, 7(1),55-66.

Ghorbani, N,. Watson, P.J,. Hargis, M.B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and Incremental Validity of a Cross-Cultural Measure Developed in Iran and the United States. The *Journal of Psychology*, 142(4), 395-412.

Golpour. R., Mohammad amini, Z. (2012). The efficacy of mindfulness based stress reduction on mindfulness and assertiveness of students with test anxiety. *Journal of School Psychology*, 1(3), 82-100. (Persian).

Hinkelmann, K., Moritz, S., Botzenhardt, J., Riedesel, K., Wiedemann, K., Kellner, M., et al. (2009). Cognitive impairment in major depression: *Association with salivary cortisol Biol Psychiatry*, 66(9), 879-85.

Joormann, J. (2006). Differentioal effect of rumination and dysphoria on the inhibition of

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

conflict adaptation. *Psychiatry Res*, 185(1-2), 149-56.

Miranda, R., Valderrama, J., Tsypes, A., Gadol, E., Gallagher, M. (2013). Cognitive inflexibility and suicidal ideation: mediating role of brooding and hopelessness. *Psychiatry research*, 210(1), 174-81.

Moore, RG. (1996). It's the thought that counts: The role of intentionsand meta-awareness in cognitive therapy. *J Cogn Psychother*, 10(4), 255-69.

Moulds, M., Kandris, E., Starr, S., & Wong, ACM. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 45, 251-261.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, BE., Lyumbomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-24.

Nolen-Hoeksema S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptom. *J Abnorm Psychol*. 109(3), 504-511.

Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., Larson, J. (1998). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 855-62.

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., Fredrickson ,BL. (1993). Response style and the duration of episode of depressed mood. *Journal of Abnormal psychology*, 102(1), 20-8.

Panahandeh, S. Salehi Fadardi, J. Mashhadi, A. (2014). A Comparison of Implicit Self- steem in Depressed and Non-depressed Individuals. *Journal of Cognitive Psychology*, 2(1). (Persian).

Preiss, M., Kucerova, H., Lukavsky, J., Stepankova, H., Sos, P., Kawaciukova, R. (2009). Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. *Psychiatry Res*, 169(3),23-39.

Roberts, JE., Gilboa, E., Gotlib, IH. (1998). Ruminative responses style and vlunability to episode of dysphoria: Gender, neuroticism and episode duration. *Cognitive therapy and Research*. 22, 401-23.

Segal, ZV., Williams, JMG., Teasdale, JD. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: A new approach to preventing relapse.New York: Guilford press, 78-122.

Segal, Z., Gemar, M., Williams, S. (1999). Differential Cognitive Response to A Mood irrelevant emotional material: Evidance from a negative priming task. *Cognitive and Research Therapy*, 30, 149- 60.

Kashdan, TB., Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psych Rev*, 30, 865-78.

Kaviani, H. (2008). Validity and reliability of hospital anxiety and depression scale (HADS), general health questionnaire (GHQ -28), Mood Adjectives Checklist, & BDI in clinical population in comparison with healthy group, *Research report*, Tehran University of Medical Sciences. (Persian).

Kristeller, J.L., Baer, RA., Wolver, RQ. (2006), *Mindfulness-based approaches to eating disorder*s In Baer, R. (Ed.) Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application, and empirical support, San Diego, CA: Elsevier.

Leigh, L., Bowen, S., LanMarlatt, GA. (2005), Spirituality, mindfulness and substance abuse, inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation. *Addictive Behaviors*, 30, 1335-1341.

Levinson, DF. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, (60), 84-92.

Ma, SH., & Teasdale, JD. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Deprassion: Replication and Exploration of Differential Relaps Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72(1), 31-40.

Mansouri, A., Farnam, AR., Bakhshipour Rodsari, A., Mahmood-Aliloo, M. (2010). Comparisons between rumination in Individual with Major Depresion disorder, obsessive-compulsive disorder.General Anxiety Disorder and normal persons. *J SabzevarUniv Med Sci*, 3: 26-29. (Persian).

Marnat, G. (2003). *Psychological Assessment:* Clinical psychologists, counselors and psychiatrists,Tehran: Sokhan press. (Persian).

Martin, DL., Oren, Z., Boone, K. (1991). Major depressives and dysthymics performance on the Wisconsin card sorting test. *Journal of clinical psychology*, 47, 684-90.

Meiran, N., Diamond, GM., Toder, D., Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: examination of task switching, Stroop, working memory updating and post -

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]

mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control, *Personality and Individual differences*, 46, 94-99.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmuller, V., Kleinknecht, N., Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness, The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.

Watari, K., Letamendi, A., Elderkin-Thompson, V., Haroon, E., Miller, J., Darwin, C, et al. (2006). Cognitive function in adults with type 2 diabetes and major depression. *Arch Clin Neuropsychol*, 21(8), 787-96.

Watkins, E., Brown, RG. (2002). Rumination and executive function in depression: An experimental study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 72(3), 400-2.

Young, JE., Rygh, JL., Weinberger, AD., Beck, AT. (2008). *Cognitive therapy for depression*. In Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford Press, 250-306.

Young, JE., Weinberger, AD., Beck, AT. (2001). *Cognitivetherapy for depression*. In: Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. 3rd ed. New York: Guilford Press: 264-308.

Zeidan, F., Gordon, NS., Merchant, J., Goolkasian, Paula.(2010), The effect of brief mindfulness meditation training on experimentally induced Pain, *The Journal of Pain*, 11, 3, 199-209.

Zong, JG., Cao, XY., Cao, Y., Shi, YF., Wang, YN., Yan, C., et al. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 66, *http://www.hqlo.com/content/8/1/66.*

Challenge Following Successful Cognitive Therapy or Pharmacotherapy For Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108: 483-490.

Siegel, RD. (2010), *The mindfulness Solution every day practices for every day problems*, New York: Guilford.

Shareh, H., Farmani, A., Soltani, E. *Reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory in Iranian university students*. (Unpublished observations). (persian).

Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, SA., Farmani, A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhandeh*, 18(2), 88-96. (Persian).

Teasdale, JD., Segal, Z., Williams, JMG., Ridgeway, VA., Soulsby, JM., Lau, MA. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-basedcognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Teasdale, JD., Segal, ZV., Williams, JMG. (1995). How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attention Control (Mindfulness) Training Help?. *Behavior Research and Therapy*, 33: 25-39.

Trapnell, PD., & Campbell, PD. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 224–304.

Walker, L., Colosimo, K. (2011), Mindfulness, self-compassion and happiness in non meditators: A theoretical and empirical examination, *Personality and Individual Differencess*, 50. 222-227.

Walsh, J., Baliant, MG., Smolira, SJDR., Fredericksen, LK., & Madsen, S. (2009), Predicting individual differences in

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.5.7]