

The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people With depression symptoms

Mitra Goudarzi¹, Neda Ghasemi², Fazlollah Mirderikvand³, Simin Gholamrezaei⁴

1- Ph.D. student , Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. ORCID: 0000-0003-2914-895x

2- Ph.D. student , Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. ORCID: 0000-0002-5863-8133

3- Associate Professor, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. ORCID: 0000-0002-6994-024x E-mail: mirfazlolah@yahoo.com

4- Assistant professor, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. ORCID: 0000-0002-0489-3155

Received: 01/09/2018

Accepted: 19/11/2018

Abstract

Introduction: Depression is recognized as one of the most common disabling and recurrent disorders with changes in emotional, cognitive, and neurobiological functions over a two-week period.

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people with depression symptoms.

Method: The research method was semi-experimental with control and experimental group as pre-test and post-test. 30 students with depression symptoms were selected using purposeful sampling. They were randomly assigned to control and experimental groups. The experimental group received 8 sessions of cognitive therapy based on mind-awareness while the control group received no training at al. Beck Depression Inventory, Acceptance and Practice Questionnaire-II (AAQ-II), Positive and Negative Affect Scale, and Five-Point Mindfulness Questionnaire were used for data collection.

Results: The results showed that cognitive therapy based on Mindfulness increases the scores of the experimental group in the positive affection, psychological flexibility and component of mindfulness and decreased levels of negative affect.

Conclusion: cognitive therapy based on Mindfulness is effective to enhance positive affect, psychological flexibility and mindfulness components.

Keywords: Cognitive therapy based on mindfulness, Positive affect, Psychological flexibility, Mindfulness components, Depression

How to cite this article : Mirderikvand F, Ghasemi N, Goudarzi M. The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind awareness components of people With depression symptoms. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5 (5): 53-68 .URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-514-fa.pdf>

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی

میترا گودرزی^۱، ندا قاسمی^۲، فضل الله میردریکوند^۳، سیمین غلامرضاei^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۲. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. ایمیل: ghasemi_neda2003@yahoo.com

۴. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۱۰

چکیده

مقدمه: افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات ناتوان ساز و عودکننده با تغییرات در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی-زیستی در طی یک دوره دوهفته‌ای مشخص می‌شود.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه تجربی همراه با گروه کنترل و آزمایش به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. ۳۰ نفر از دانشجویان دارای علائم افسردگی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی بک، پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II)، تجارب عاطفی مثبت و منفی و پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف‌پذیری روان شناختی و مهارت‌های ذهن آگاهی دارد.

نتیجه گیری: درمان ذهن آگاهی جهت افزایش عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان شناختی و مهارت‌های ذهن آگاهی افراد افسرده از اثربخشی لازم برخوردار است.

کلید واژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، انعطاف‌پذیری روان شناختی، مهارت‌های ذهن آگاهی، افسردگی

مقدمه

ابوالقاسمی و احمدی، ۱۳۹۱). عواطف منفی از جمله ترس، اضطراب، غمگینی، افسردگی، خشم و خصومت بخشی از سیستم رفتاری بازدارنده هستند که هدف اصلی آن بازداری از رفتارهایی است که به پیامدهای ناخوشایند منجر می‌شوند. عواطف مثبت شامل لذت، علاوه، اعتماد و هشیاری نیز بخشی از سیستم رفتاری تسهیلی هستند که ارگانسیم را به سمت حرکت‌های لذت بخش هدایت می‌کنند (bastan، یزدی و زهراei، ۱۳۹۵). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که عاطفه منفی با تنیدگی و مقابله ضعیف، شکایات مرتبط با سلامت، فراوانی رویدادهای ناخوشایند و عاطفه مثبت با فعالیت و رضایت اجتماعی و نیز فراوانی رویدادهای خوش‌آیند مرتبط می‌باشند و نقش بسیار مهمی در بهبود افراد از فشار روانی بازی می‌کند (Zwatra^۷، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از ویژگی‌های افراد افسرده فقدان انعطاف پذیری در زمینه‌های مختلف است (علیزاده، حاجی یوسفی ففوروشی و ذوقی، ۱۳۹۴). انعطاف پذیری روان شناختی^۸ به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود حضور رویدادهای روان‌شناختی چالش انگیز یا ناخواسته (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس^۹، ۲۰۰۶) و توانایی فرد برای ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک انسان هوشیار و توانایی او برای تغییر یا ادامه رفتار در جهت ارزش‌هایش تعریف شده است (هیز و استروسال^{۱۰}، ۲۰۱۰).

افسردگی^۱ به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات ناتوان ساز و عود کننده (آریانا کیا، مرادی و حاتمی، ۱۳۹۳؛ Weersing، Shamseddeen، Garber، Hollon، Clarke، Beardslee et al^۲، ۲۰۱۶) با تغییرات آشکاری در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی-زیستی که در طی یک دوره دو هفته‌ای بروز می‌کند و ضمن آن خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد، مشخص می‌شود (انجمان روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ Barlow^۳، ۲۰۱۳) که تأثیرات متعددی بر ابعاد مختلف زندگی دارد (عباس پور، پورسردار، کرایی و خسروانی، ۱۳۹۴؛ Martinsen، Kendall، Stark، & Neumer^۴، ۲۰۱۶). تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (Lwinsoon^۵، ۲۰۰۶). افسردگی می‌تواند عامل پیش‌روندهای برای سایر اختلالات و اختلالات مرتبط با خطر خودکشی (استودارد و همکاران، ۲۰۱۶؛ به نقل از Martinsen و همکاران، ۲۰۱۶)، مشکلات اجتماعی، وقایع منفی زندگی و سوءصرف مواد باشد (چرخنده، ابوطالب و جان‌هانت، ۲۰۱۶).

یکی از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با افسردگی عاطفه مثبت و منفی^۶ است. عاطفه مثبت، میزان شور و شوق به زندگی و احساس هوشیاری فعالیت را در بر دارد و عاطفه منفی یک بعد عام ناراحتی درونی و استغال ذهنی ناخوشایند است که با حالات خلقی ناخوشایند، از جمله خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبانیت همراه است (نریمانی، آریاپوران،

^۷ Zautra^۸ Psychological flexibility^۹ Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis^{۱۰} Strosahl^۱ depression^۲ Weersing, Shamseddeen, Garber, Hollon, Clarke, Beardslee et al^۳ Barlow^۴ Martinsen, Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer^۵ Levinson^۶ Positive and negative affect

که بیماران افسرده توانایی لذت بردن از زمان حال را ندارند و درگذشته یا آینده به سر میبرند. به منظور کمک به این گونه بیماران میتوان از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمود (اسمعیلی زاده آخوندی، محمدعلیزاده نمی، ۱۳۹۵).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) از جمله درمان‌های موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که در ابتدا به منظور پیشگیری از عود افسردگی توسط ویلیامز، سگال و تیزدل (۲۰۰۲) معرفی شد و جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند که هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع مجدد بیماری جلوگیری کنند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۶).

نتایج تحقیقات اثربخشی ذهن آگاهی بر بهبود خلق و کاهش افسردگی (زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید، گولکاسیان^{۱۰}، ۲۰۱۲)، اضطراب، سازگاری روان شناختی، استرس و عزت نفس (بوهلمنیجر، پرنگر، تال و کویچبر^{۱۱}، ۲۰۱۲؛ ایوانز، فراندو، فیلندر، استول، اسمارت و هاگلین^{۱۲}، ۲۰۰۸؛ گلدین^{۱۳} و گراس، ۲۰۱۰؛ کاویانی و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲)، بهبود کیفیت زندگی (دیدیدسون،

تحقیقات نشان داده‌اند که انعطاف پذیری روان‌شناختی در فهم تنوع گسترده‌ای از مشکلات و علائم روان‌شناختی نقش بسزایی دارد (ایمانی، کریمی، بهبهانی و امیدی، ۱۳۹۵). رابطه‌ی مثبت بین اجتناب تجربی / انعطاف ناپذیری روان‌شناختی با دامنه‌ای گسترده از مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، گذر هراسی، فوبی خون، اختلال موکنی، تنفس‌های شغلی، سوء مصرف مواد و نگرانی) در پژوهش‌ها نشان داده شده است (فلدرز، بهلمجر و پیترز^۱، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی^۲ از دیگر متغیرهایی است که با افسردگی رابطه دارد (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴). ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه‌ی کنونی اتفاق میافتد تعریف شده است (والش، بالانت، اسمولیرا، فردریکسن و مادسن^۳، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالاتر ذهن آگاهی با سطوح پایین تر نشخوار فکری، اجتناب، کمال گرایی و خود راهنمایی ناسازگارانه (ویلیامز^۴، ۲۰۰۸) و سطوح پایین ابعاد افسردگی و اضطراب رابطه دارد (دسروسیرز، کلمانسکی و نولن هکسما^۵، ۲۰۱۳؛ وانگ، وانگ، ماک و چیونگ^۶، ۲۰۱۱، هافمن، ساویر و ویت^۷، ۲۰۱۰؛ علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴). ذهن آگاهی باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی و کاهش افسردگی و خشم می‌شود (کیویت، ویسر، گارسن و هودیگ^۸، ۲۰۰۸) و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های کوتاه مدت و درازمدت خلق افسردگی دارد (گودفرین و وانهرنیگن^۹، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد

¹ Fledderus, Bohlmeijer, & Pieterse

² Mindfulness

³ Walsh, Balian, Smolira & Madsen

⁴ Williams

⁵ Desrosiers, Klemanski, NolenHoeksema

⁶ Wong, Mak, Cheung

⁷ Hofmann, Sawyer, Witt

⁸ Kievit-Stijnen, Visser, Garsen, Hudig

⁹ Godfrin, van Heeringen

کنترل گمارده شدن. ملاک های ورود آزمودنی ها به گروهها عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۸ تا ۳۲ سال، جنسیت دختر، داشتن علائم اختلال افسردگی بر اساس مصاحبه تشخیصی و مقیاس افسردگی بک، نداشتن مشکلات جسمانی و بیماری روانی شدید از قبیل اختلالات شخصیت و اختلال تشخیص داده شده بالینی بر اساس مصاحبه تشخیصی و عدم دریافت هرگونه مداخله دارویی و روانی دیگر حین انجام پژوهش. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: نقص هر کدام از ملاک های ورود به پژوهش، تشخیص اختلال جسمانی یا روانی در حین اجرای پژوهش، شرکت نکردن در دو یا بیشتر از دو جلسه از جلسات درمان و نقص در تکمیل پرسش نامه ها. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی ها و قبل از اجرای جلسات درمان آزمودنی های هر دو گروه از طریق پرسشنامه های پذیرش و عمل- نسخه دوم (AAQ-II)، مقیاس تجارب عاطفی مثبت و منفي اسپین و پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه ای ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر اساس جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه ای قرار گرفت و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان آزمودنی های هر دو گروه مجدداً با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده های SPSS حاصل از پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری ویراست ۲۲ و روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه اهداف و محتوای جلسات درمانی در زیر آمده است. سطح معناداری آماری در کلیه تحلیل ها ($p < 0.05$) در نظر گرفته شد.

کابات زین، شاونچر، روزنکراس، مولر و سانتروولی^۱، (۲۰۰۳)، درمان افسردگی و مؤلفه های مرتبط با آن از جمله خلق منفي، افکار خودآیند منفي، نگرش های ناکارآمد و افکار خودکشی (آذرگون، کجاف، مولوی و عابدی، ۱۳۸۶) در افراد افسرده را نشان داده است.

بر اساس بررسی های صورت گرفته توسط محقق، پیشینه پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی حاکی از قابلیت توسعه گروهی، انطباق فرهنگی، ماندگاری اثر نسبت به سایر روش ها، مقرن به صرفه بودن از لحاظ اقتصادي و نهایتاً مناسب برای گروه های آسیب پذیر است. از آنجا که تاکنون پژوهشی که رویکرد ذهن آگاهی را در حوزه ای ارتقای ابعاد مثبت روان شناختی مبتلا یان به اختلال افسردگی و بخصوص در حوزه های عواطف مثبت و منفي، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه های ذهن آگاهی به کار گرفته باشد، انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عواطف مثبت، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه های ذهن آگاهی دانشجویان دارای علائم اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه تجربی همراه با گمارش تصادفي و گروه کنترل و نیز پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دارای علائم افسردگی دانشگاه لرستان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دختر دارای علائم افسردگی بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به طور تصادفي به دو گروه آزمایش و

^۱ Davidson, Kabat-zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۱

جلسه	اهداف و محتوای جلسات
اول	<p>آشنای و معارفه؛ آشنای با تشخیص و علائم افسردگی، معرفی مؤلفه‌های پژوهش؛ معرفی درمان و شرح مختصراً از ۸ جلسه. انجام مدتیشن‌های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدتیشن‌ها. تکلیف خانگی: پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته‌اند در مورد مسواک زدن یا شستن طوف.</p>
دوم	<p>انجام مدتیشن اسکن بدن و بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرين و راه حل‌های برنامه‌ی ذهن آگاهی برای آن؛ بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدتیشن در حالت نشسته؛ تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره.</p>
سوم	<p>تمرين دیدن و شنیدن (در این تمرين از شرکت کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیر قضاوی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ مدتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ بحث در مورد تکالیف خانگی، تمرين سه دقیقه‌ای فضای تنفسی؛ این مدتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرين در لحظه‌ی انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ انجام یکی از تمرين‌های حرکات ذهن آگاه؛ تکالیف: مدتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرين ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.</p>
چهارم	<p>مدتیشن نشسته با توجه به تنفس، صدای بدن و افکار (که مدتیشن نشسته چهار بعدی)؛ بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرين قدم زدن ذهن آگاه؛ تکالیف: مدتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرين فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای انجام مدتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ تکالیف: مدتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.</p>
پنجم	<p>تمرين فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دو تایی؛ ارائه تمرين با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌های جداگانه" با این مضمون: محتوا افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ چهار تمرين مدتیشن به مدت ۱ ساعت، پی درپی ارائه شد؛ تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.</p>
ششم	<p>مدتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ارائه تمرينی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدام‌یک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدام‌یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ تکالیف: انجام ترکیبی از مدتیشن، تمرين تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید.</p>
هفتم	<p>بحث در رابطه با تکالیف جلسه قبل، مرور مباحث گذشته و استفاده از آنچه تا کنون آزمودنی‌ها یاد گرفته‌اند، تمرين فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ بحث در مورد روش‌های کنارآمدن با موانع انجام مدتیشن؛ مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرين‌های مدتیشن‌شان را ادامه دهند.</p>
هشتم	<p>آماده کردن آزمودنی‌ها جهت خاتمه دادن به درمان، جمع بندی جلسات، ارائه نکات تکمیلی و اجرای پس آزمون.</p>

^۱.Mindfulness-Based Cognitive Therapy

تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف ناپذیری روان شناختی بر می‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی انعطاف پذیری روانی بیشتر است. مشخصات روان‌سنگی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ی رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی باز آزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسش نامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه‌ی زیربنایی‌اش است. این ابزار هم‌چنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد (بوند و همکاران، ۲۰۰۷). عباسی، فتنی، مولودی و ضرایب (۱۳۹۱) در پژوهشی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ گزارش کردند.

مقیاس تجارب عاطفی مثبت و منفی اسپین^۴: این مقیاس برای اولین بار توسط داینر، وایرتز، اویشی، پریتو^۵ (۲۰۱۰) تدوین و اعتباریابی شده است و شامل ۱۲ گویه که ۶ گویه برای سنجش احساسات مثبت (۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲) و ۶ گویه برای سنجش احساسات منفی (۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱) به صورت متناظر با طیف ۵ درجه‌ی ای لیکرت (۱=هرگز، ۲=بندرت، ۳=گاهی اوقات، ۴=اکثراً و ۵=همیشه) است. از آزمودنی خواسته می‌شود با توجه به تجارب عاطفی خود در چهار هفته گذشته به گویه‌ها پاسخ دهد. دامنه نمرات از ۶ تا ۳۰ برای هر قسمت است یعنی هر فرد در این مقیاس دو نمره کسب می‌کند، یک نمره برای عواطف مثبت و دیگری برای عواطف منفی. نمرات بالاتر (هر چه به ۳۰ نزدیک تر) نشان دهنده تجربه بیشتر عواطف مثبت یا منفی در فرد

ابزار

سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم؛ پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک بود که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه از ۲۱ آیتم تشکیل شده که آزمودنی برای هر آیتم یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده شدت علامت افسردگی است را انتخاب می‌کند. نمره گذاری سوالات با طیف لیکرت و در دامنه صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) انجام می‌شود و نمره کل پرسشنامه در دامنه‌ای از صفرتا ۶۳ نوسان دارد. دابسون و محمدخانی (۲۰۰۷) ضریب آلفا ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آوردند. مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II) در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. این پرسشنامه از کشورهای مختلف نشان می‌دهد که کاسپی و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه غیر بالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی^۱ را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی^۲ را در نمونه غیر بالینی ۰/۹۴ و قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ به دست آوردند.

پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه به وسیله بوند^۳ و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است و یک نسخه‌ی ۱۰ ماده‌ای از پرسش نامه اصلی است (AAQ-I) که به وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به

¹ internal consistency

² test-retest

³ Bond

⁴ Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)

⁵ Deiner, Wirtz, Tov, Oishi, Prieto

(۳۳، ۲۹). نمره گذاری 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 ۰/۹۰ گزارش شده است. نتایج پژوهش احمدوند و همکاران (۱۳۹۲) بیانگر اعتبار (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ و ۰/۵۵) و روایی (۰/۸) مناسب پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی در نمونه‌های غیربالینی ایرانی است. تمنایی فر و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی دامنه ضرایب اعتبار بازآزمایی مقیاس‌های پنج عاملی ذهن آگاهی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ گزارش کردند.

یافته‌ها

دامنه سنی مشارکت کنندگان در پژوهش از ۱۹ تا ۲۵ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ($21/46 \pm 1/72$) و میانگین سنی گروه کنترل ($21/53 \pm 1/84$) سال بود. کلیه افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل مجرد بودند. از نظر تحصیلات بیشترین درصد آزمودنی‌ها در هر دو گروه در حد تحصیلات کارشناسی بودند. در هر گروه تعداد دو نفر از آزمودنی‌ها دانشجوی کارشناسی ارشد بودند. جدول ۲ یافته‌های توصیفی مؤلفه عواطف مثبت و منفی را بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان می‌دهند.

است. همچنین این مقیاس قابلیت نمره دهی به صورت تعادل میان دو عاطفه مثبت و منفی را نیز دارد بدین صورت که با تفريح نمره عواطف منفی از نمره عواطف مثبت محاسبه می‌شود و نتیجه نمره تفاضل می‌تواند بین ۲۴- (بدبختی) تا +۲۴ (بالاترین تعادل عاطفی ممکن) متغیر باشد. نمرات بالاتر و نزدیک به ۲۴ نشان می‌دهد که فرد خیلی بندرت یا هرگز عواطف منفی را تجربه کرده است و اغلب یا همیشه عواطف مثبت را تجربه کرده است. داینر و همکاران (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ برای عواطف مثبت و منفی را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ محاسبه و همچنین همبستگی آن را با مقیاس عواطف پاناس برای عواطف مثبت و منفی به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۷۰ گزارش نموده‌اند. حسنی و نادی (۱۳۹۵) ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در پژوهشی برای عواطف مثبت ۰/۸۴ و برای عواطف منفی ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی (بائرن و همکاران، ۲۰۰۶): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی با ۳۹ جمله است که پنج عامل ذهن آگاهی را می‌سنجد: مشاهده (ماده‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶)، توصیف (ماده‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۷، ۳۲)، عمل با آگاهی (ماده‌های ۵، ۸، ۱۳، ۲۳، ۲۸، ۳۴)، پذیرش بدون قضاوت در مورد تجارب درونی (ماده‌های ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۵، ۳۰، ۳۵) و عدم واکنش به تجارب درونی (ماده‌های ۴، ۹، ۲۴، ۲۱، ۱۹، ۱۹) و ارزیابی

جدول ۲. یافته‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش در عواطف مثبت و منفی و انعطاف پذیری روان شناختی بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله	آزمایش کنترل	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
عاطفه مثبت	پیش آزمون	۱۶/۶۶ (۲/۷۶)	۱۵/۴۶ (۴/۴۶)	میانگین (انحراف استاندارد)
پس آزمون	۲۰/۳۳ (۲/۳۵)	۱۵/۳۳ (۳/۲۲)		
عاطفه منفی	پیش آزمون	۲۰/۴۰ (۳/۰۱)	۲۰/۶۰ (۸/۲۸)	

۱۹/۲۰ (۲/۹۸)	۱۵/۳۳ (۲/۱۲)	پس آزمون	انعطاف پذیری
۲۹/۳۳ (۵/۸۲)	۲۹/۶۶ (۶/۷۴)	پیش آزمون	روان شناختی
۲۹/۷۳ (۶/۳۷)	۳۵ (۵/۳۳)	پس آزمون	

است. جدول ۳ یافته های تو صیفی متغیر ذهن آگاهی و مؤلفه های آن را بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می دهد.

بر اساس نتایج جدول ۲ در هر دو مؤلفه عاطفه مثبت و منفی میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متفاوت

جدول ۳ یافته های تو صیفی آزمودنی های پژوهش در مؤلفه های ذهن آگاهی بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	مرحله	مؤلفه
۱۹/۶۰ (۳/۶۶)	۱۶/۰۶ (۴/۹۷)	پیش آزمون	مشاهده
۱۹/۶۰ (۳/۹۶)	۲۰/۹۳ (۳/۰۳)	پس آزمون	
۱۵/۸۶ (۲/۷۴)	۱۳/۵۳ (۴/۰۸)	پیش آزمون	توصیف
۱۵/۴۰ (۳/۱۱)	۱۷ (۳/۶۴)	پس آزمون	
۱۸/۰۶ (۴/۴۳)	۱۸/۲۶ (۴/۳۰)	پیش آزمون	عمل همراه با آگاهی
۱۸/۹۳ (۴/۷۴)	۲۰ (۴/۴۷)	پس آزمون	
۱۵/۷۳ (۴/۷۴)	۱۴/۸۰ (۴/۶۴)	پیش آزمون	عدم قضاوت
۱۶/۹۳ (۴/۴۷)	۲۰/۲۰ (۳/۱۸)	پس آزمون	
۱۸/۵۳ (۲/۲۹)	۱۷/۰۶ (۲/۴۹)	پیش آزمون	عدم واکنش
۱۸/۴۶ (۲/۱۳)	۲۰/۳۳ (۲/۹۹)	پس آزمون	

از سوی دیگر حجم دو گروه آزمایش و کنترل در این پژوهش مساوی با ۱۵ نفر بوده است که حجمی مساوی را نشان می دهد. گمارش تصادفی معمولاً با نرمال بودن توزیع همراه است و نیازی به ارزیابی مستقل ندارد (مولوی، ۱۳۸۶)؛ اما جهت حصول اطمینان از توضیح نرمال داده ها از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توضیح داده ها و آزمون لوین جهت تساوی واریانس نمرات استفاده شد و پیش فرض های استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید گردید. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس جند متغیری را در رابطه با اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عواطف مثبت و منفی آزمودنی ها نشان می دهد.

با توجه به نتایج جدول ۳ میانگین نمرات مؤلفه های ذهن آگاهی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییرات قابل ملاحظه ای داشته است. جهت بررسی این تفاوت ها و ارزیابی دقیق تر نتایج درمانی از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه ای از پیش فرض ها می باشد. همان گونه که اشاره گردید گمارش آزمودنی ها به گروه های پژوهش به صورت تصادفی انجام شده است. همچنین با توجه به استفاده از ابزارهای استاندارد جهت ارزیابی متغیرهای وابسته، پیش فرض فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرهای وابسته رعایت شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در نمرات پس آزمون عاطفه مثبت و منفی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عضویت گروهی	عاطفه منفی	۱۲۷/۷۲۰	۱۲۷/۷۲۰	۱	۰/۰۰	۰/۴۵۶	۰/۹۹۰
	عاطفه مثبت	۱۴۹/۸۲۷	۱۴۹/۸۲۷	۱	۰/۰۰	۰/۵۱۱	۰/۹۹۸
خطا	عاطفه منفی	۱۵۲/۰۷۲	۶/۳۳۶	۲۴	۵/۹۶۴	۰/۹۶۴	۰/۹۹۰
	عاطفه مثبت	۱۴۳/۱۳۹	۵/۹۶۴	۲۴	۰/۰۰	۰/۱۲۱	۰/۹۹۸
کل	عاطفه منفی	۹۲۴۴	۳۰				
	عاطفه مثبت	۹۹۵۱	۳۰				

افسردگی شده است. در رابطه با مؤلفه عاطفه مثبت نیز اندازه اثر ۵۱٪ نشان می‌دهد که ۰/۵۱ از تفاوت‌ها در متغیر وابسته عاطفه مثبت در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. به عبارتی ارائه مداخله ذهن آگاهی باعث افزایش ۵۱ درصدی عاطفه مثبت آزمودنی‌های پژوهش شده است. توان آماری نزدیک به یک هم حاکی از دقت آماری بالا و کفايت حجم نمونه جهت ارزیابی فرضیه پژوهش است ($p<0/05$). جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری را در رابطه با اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر انعطاف پذیری روان شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌های جدول ۴، تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون عاطفه مثبت و منفی مشاهده می‌شود و افراد گروه آزمایش به نسبت نمرات پیش آزمون، میانگین نمرات بیشتری در پس آزمون عاطفه مثبت و میانگین نمرات کمتری در پس آزمون عاطفه منفی کسب کرده‌اند. همچنین بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در هر دو مؤلفه در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. (۰/۰۵). اندازه اثر ۴۵٪ نشان می‌دهد که ۰/۴۵ از تفاوت‌ها در متغیر وابسته عاطفه منفی در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است، به عبارتی کاهش ۴۵ درصدی عاطفه منفی افراد دارای علائم مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ۴۵ درصدی عاطفه منفی افراد دارای علائم

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان انعطاف پذیری روان شناختی آزمودنی‌های پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۲۰۴/۷۹۷	۱	۲۰۴/۷۹۷	۶/۸۸۹	۰/۰۱۵	۰/۲۱۶	۰/۷۱۳
	۱۹۴/۰۷۲	۱	۱۹۴/۰۷۲	۶/۵۲۸	۰/۰۱۷	۰/۲۰۷	۰/۶۹۰
خطا	۷۴۳/۱۸۷	۲۵	۲۹/۷۷۷				
	۳۲۶۰۳	۳۰					
کل							

معنی داری مشاهده می‌شود. اندازه اثر ۲۰٪ نشان می‌دهد که ۰/۲۰ از تفاوت‌ها در متغیر وابسته انعطاف

با توجه به مندرجات جدول ۵ بین نمرات پس آزمون دو گروه در میزان انعطاف پذیری روان شناختی تفاوت

گروه آزمایش شده است ($p<0.05$). جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری را در رابطه با اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه های ذهن آگاهی آزمودنی های پژوهش نشان می دهد.

پذیری روان شناختی در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. به عبارتی ارائه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش ۲۰ درصدی انعطاف پذیری روان شناختی آزمودنی های

جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در رابطه با اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه های ذهن آگاهی آزمودنی های پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	معناداری	توان آماری
مشاهده	۳۹/۴۴۰	۱	۳۹/۴۴۰	۵/۴۱۱	.۰/۰۳۰	.۰/۲۰۵	.۰/۶۰۲
توصیف	۴۲/۴۰۶	۱	۴۲/۴۰۶	۱۳/۵۱۶	.۰/۰۰۱	.۰/۳۹۲	.۰/۹۳۹
عمل	۲۳/۶۴۹	۱	۲۳/۶۴۹	۱/۹۵۰	.۰/۱۷۷	.۰/۰۸۵	.۰/۲۶۶
عدم قضاوت	۵۴/۹۹۱	۱	۵۴/۹۹۱	۴/۲۸۰	.۰/۰۵۱	.۰/۱۶۹	.۰/۵۰۶
عدم واکنش	۵۸/۹۳۵	۱	۵۸/۹۳۵	۲۲/۳۸۵	.۰/۰۰۰	.۰/۵۱۶	.۰/۹۹۵

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش معنی دار سطوح عاطفه مثبت، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه های ذهن آگاهی و کاهش عاطفه منفی آزمودنی ها شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های نریمانی و همکاران، (۱۳۹۱) و پسندیده و ابوالمعالی (۱۳۹۵) همسو است.

در تبیین این یافته می توان گفت که ذهن آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی و غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در یک لحظه ای خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد و علاوه

بر اساس نتایج جدول ۶ تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس های مشاهده، توصیف، عدم قضاوت و عدم واکنش وجود دارد. میزان اندازه اثر نشان می دهد که به ترتیب ۲۰، ۳۹، ۱۶ و ۵۱ و درصد از تغییرات نمرات مؤلفه های مشاهده، توصیف، عدم قضاوت و عدم واکنش در نتیجه عضویت گروهی است به عبارت دیگر مداخله آموزشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش ۲۰، ۳۹، ۱۶ و ۵۱ نمرات مؤلفه های مشاهده، توصیف، عدم قضاوت و عدم واکنش در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش شده است. در رابطه با مؤلفه عمل همراه با آگاهی نتایج نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مشاهده نمی شود ($p<0.05$).

که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است (براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود (چامبرز، گولون و آلن، ۲۰۰۹) و این عوامل نیز به خودی خود می‌توانند باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش هیجانات ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی شوند. لذا آموزش ذهن آگاهی در افراد افسرده با بهبود و ارتقای مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند در جهت افزایش عواطف مثبت آنان مؤثر باشد. عامل مشاهده در برگیرنده توجه به محرك‌های بیرونی و درونی مانند احساسات، شناخت‌ها، هیجان‌ها، صداها و بوها است. توصیف به نام‌گذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات مربوط می‌شود، عمل توأم با هوشیاری در برگیرنده عمل کردن با حضور ذهن کامل در هر لحظه است و در تضاد با عمل مکائیکی است که در هنگام وقوع ذهن فرد در جای دیگری است. غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی شامل حالت غیر قضاوتی داشتن نسبت به افکار و احساسات است و غیر واکنشی بودن به تجربه درونی اجازه آمد و رفت به افکار و احساسات درونی است بی‌آنکه فرد در آن‌ها گیر کند (براون، ریان و کراسول، ۲۰۰۷). همه این عوامل می‌توانند به عنوان یک میانجی در سیر درمان و کاهش علائم منفی افسردگی کمک کنند و اثربخشی ذهن آگاهی در پژوهش حاضر می‌تواند به واسطه افزایش ذهن آگاهی سطوح عاطفه مثبت و انعطاف پذیری روان‌شناختی آزمودنی‌ها باشد.

در اصل، آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادتی واقع در موتور مرکزی^۱ را از

بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود و تأثیر ذهن آگاهی در افزایش عاطفه مثبت، انعطاف پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی و روان‌شناختی به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیررادی و بی‌تأمل پاسخ دهد با تفکر و تأمل پاسخ دهد و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره (زیدان و همکاران، ۲۰۱۰) توانانتر سازد. مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روان‌شناختی زیرا درنتیجه‌ی افزایش بهزیستی، اضطراب، افسردگی، عاطفه‌ی منفی و نشانه‌های روان‌شناختی کاهش یافته و عزت نفس، خوشبینی و عاطفه‌ی مثبت افزایش می‌یابد. در نتیجه می‌توان گفت که افزایش ذهن آگاهی با کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و عاطفه‌ی منفی و در نتیجه افزایش عاطفه مثبت، انعطاف پذیری روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی همراه است. آموزش ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فتونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجددًا افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صدای محيطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی می‌شود.

همچنین از آنجائی که بخشی از مشکل انعطاف‌ناپذیری و عاطفه منفی افراد افسرده در عواملی چون عدم حضور ذهن آگاهانه در مکان و زمان نهفته است، لذا ارتقاء ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از خود انتقادی و افزایش عاطفه مثبت است. به طوری

^۱ Central engine

چالش انگیز از جمله حالت‌ها و موقعیت‌های هیجانی منفی، بدون واکنش به طور خودکار و عادت وار، طراحی شده است. افراد در نتیجه آموزش ذهن آگاهی، تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و لذا به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن که هر دو درد آور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خشی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند. در پژوهش حاضر سعی شد از طریق تمرینات آرمیدگی و تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی و بحث و گفتگو، مراجعه کنندگان با رویکردی غیر قضاوت گرانه حالت‌های عاطفی و هیجانی خود را مورد مشاهده قرار دهند و به آنها آموزش داده شد تا به جای از مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و فیزیکی از تجربیات اجتناب کنند، این مؤلفه‌ها را مورد کندوکاو و پرسش قرار دهند. این موارد می‌توانند از علل تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های انعطاف پذیری روان شناختی، عاطفه مثبت و مؤلفه‌های ذهن آگاهی در پژوهش حاضر باشد.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه: نمونه پژوهش حاضر صرفاً دختران دارای علائم افسردگی دانشگاه لرستان بوده و در تعییم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و مردان و سایر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نبود دوره پیگیری بود که به واسطه محدودیت‌های زمانی امکان پیگیری بلندمدت وجود نداشت. در همین راستا و در راستای نتایج پژوهش حاضر به درمانگران و متخصصان حوزه افسردگی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی پژوهش حاضر

حال تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خشی 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 (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴). از این دیدگاه، شанс گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می‌یابد. در این شیوه، منابع حسی مانند الگوهای معنایی است و تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرحواره می‌شود. در حالت ایستاده، متین، بدون تحرک و با تنفس منظم و آهسته بودن، درواقع 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 ذهن آگاهی، توجه را متمرکز می‌کنیم، تغییر مدل طرحواره مشکل دار به اوج می‌رسد و تصلب به وجود آمده نرمش پیدا می‌کند (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان اینگونه استنباط کرد که ذهن آگاهی موجب توقف چرخه تجربه منفی درونی مانند نشانه‌های افسردگی و یا نشخوار گری یک رویداد در گذشته می‌شود؛ زیرا ذهن آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد و بدین ترتیب سازگاری روان شناختی خود را افزایش می‌دهد (کارداسیاتو^۱، ۲۰۰۵).

در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرینات و تکنیک‌های ذهن آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های

^۱ Cardaciotto

- and acceptance Doctoral dissertation. University of Drexel, USA.
- Charkhandeh, M., Abu Talib, M., & Jane Hunt, C. (2016). The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy and an alternative medicine approach in reducing symptoms of depression in adolescents. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.044>.
- Davidson, R. J., Kabat-zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65: 564-570.
- Desrosiers A, Klemanski DH, NolenHoeksema S. (2013). Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. *Behav Ther*, 44: 373-84.
- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. (22): 716-721.
- Gilbert P. (2007). Psychotherapy and counselling for depression. Third ed. London: SAGE Publications Ltd.
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: Issues and implications (invited review). *Psychological Medicine*, 36, 287-297.
- Godfrin KA, van Heeringen C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*; 48(8):738-46.
- Goldin PR, Gross JJ (2010). Effects of mindfulnessbased stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. (10): 83-91.
- Hatam Khani, S. (2011). The Relationship between Mindfulness Skills, Psychological Flexibility and Psychopathology Symptoms, Master's Degree Dissertation, General Psychology, Tarbiat Modares University, Faculty of Humanities. (In Persian).
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J., (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 44: 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Bergan, J. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578.

با تعداد نمونه بیشتر و بر روی جامعه مردان دارای علائم افسردگی و در سایر نقاط کشور و سایر دامنه‌های سنی نیز اجرا کنند. همچنین به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود که در کار با افراد افسرده درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را به عنوان الگویی جهت افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی به کار گیرند.

References

- Abbaspour, Z., Poursardar, F., Karayi, A., Khosravani Shayan, M. (2015). The Effectiveness of Family-Based Interpersonal Psychotherapy on Depression Symptoms in Adolescents, *Family Psychology*, 2 (2): 67-78. (In Persian).
- Alizadeh A, Yousefi E, Farvarehi M, Zoghi M. (2015). Predict symptoms of depression based on cognitive flexibility, rumination and mindfulness in students. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 2 (1):15-29. (In Persian).
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 . Washington DC London, and England: Author.
- Ariana-Kia, A.R, Moradi, M. Hatami. (2014). The Effectivness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (1): 29-15. (In Persian).
- Beyrami, M, Movahedi, Y, Alizadeh Gordal, J. (2015). Effectiveness of mindfulness therapy on cognition in reducing social anxiety and ineffective attitudes of adolescents, *social cognition*, 4 (1): 53-41. (In Persian).
- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. (2012). The effects of mindfulness-based stress reductiontherapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. (68): 539-544.
- Brown KW, Ryan RM. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*; 84(4):822-48.
- Cardaciotto, LA. (2005). *assessing mindfulness*: The develop of a bi-dimensional measure of awareness

- Hayes, Steven C., Strosahl, Kirk D., & Wilson, Kelly G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindfulchange*. New York: Guilford Press.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, et al. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*; 78: 169.
- Hosni, M, Nadi, M (2016). Psychometric properties of spin positive and negative emotional experiences scales in third grade high school students in Tehran, education and assessment, 9 (35): 124-105. (In Persian).
- Imani M, Karimi J, Behbahani M, Omidi A. (2017). Role of mindfulness, psychological flexibility and integrative self-knowledge on psychological well-being among the university students. *Feyz*; 21 (2):170-177. (In Persian).
- Kashdan, TB. Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psych Rev*, 30, 865-78.
- Kaviani, H, Hatami, N, & Shafie abadi, A. (2008). The Effectiveness of Cognitive therapy based on Mindfulness in quality of life of depressed people. *New cognitive sciences*. 4, 10: 39-48. (In Persian).
- Kaviani, H, Javaheri, F, Bahriani, H. (2004). Effective cognitive therapy based on mind-consciousness in reducing their negative thoughts, ineffective attitude, depression and anxiety, 60-day follow-up, *Journal of Cognitive Science*, vol. 7, No. 1, 49-59. (In Persian).
- Kieviet-Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig W. (2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Educ Couns*; 72(3):436-42.
- Levinson, DF. (2006). the genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, (60), 84-92.
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the Trans diagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 1-13.
- Mohammadizadeh Namini A, Esmaeilzadeh Akhoudi M. (2016). Comparing the components of mindfulness and emotional health in people with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*; 3 (4):12-26. (In Persian).
- Narimani, M., Aryapouran, S, Abolghasemi, S Ahadi, B. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims, *Arak Medical University Journal (AMUJ)*. 15(61): 107-118. (In Persian).
- Pasandideh, R. Abu al-Ma'ali, KH (2016). Effectiveness of cognitive therapy based on mind-awareness on increasing well-being, thought and behavior, 11 (41): 18-7. (In Persian).
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., et al. (2015). Computerized therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 67, 1-18
- Rustaei, M. (2014). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Management Training on Depression, Anxiety and Depression in Girl Students, Thought and Behavior, 9 (37): 48-37. (In Persian).
- Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression—a new approach to preventing relapse. Guilford Press; New York.
- Sharifibastan F, Yazdi S, zahraei S. (2016). The Role of Cognitive Emotion Regulation and Positive and Negative Affect in Resiliency of Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*; 4 (2):38-49. (In Persian).
- Tamanaiefar, Sh, Asghamejad; A., Mirzai; M, Soleimani, M. (2016). Psychometric Properties of the Five Factors of Mindfulness Knowledge, Developmental Psychology, 12 (47): 330-321. (In Persian).
- Walsh, J., Balian, MG. Smolira, SJDR. Fredericksen, LK. & Madsen, S. (2009). Predicting individual Differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control, *Personality and Individual differences*, 46, 9499.
- Weersing, V. R., Shamseddeen, W., Garber, J., Hollon, S. D., Clarke, G. N., Beardslee, W. R., et al. (2016). Prevention of depression in at-risk adolescents: Predictors and moderators of acute effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55, 219-226.
- Williams JM. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cogn Ther Res*; 32: 721-33.
- Wong SY, Mak WW, Cheung EY, et al. (2011). A randomized, controlled clinical trial: The effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*; 11: 187.

- Zautra AJ, Hall JS, (2002). Editors. *Handbook of Adult Resilience*: Guilford Publications; 2012. 38.
- Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychol Sci*.13 (2):172-5.
- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. (2012). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. (19): 597-605.