

**مقاله پژوهشی اصیل****اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده  
(غیربالینی)****دکتر حسین کاویانی<sup>۱</sup>**مرکز روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی  
تهران**ندا حاتمی**

کارشناس ارشد روان‌شناسی

**دکتر عبدالله شفیع آبادی**گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد، واحد علوم و  
تحقیقات

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی در افراد افسرده غیربیمار است. **روش:** در این پژوهش، از روش نیمه‌آزمایشی آزمون-بازآزمون برای دو گروه آزمایشی و شاهد استفاده شد. بدین منظور از میان تقریباً یک هزار نفر دانشجوی ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۵۰ نفر به طور تصادفی و از بین این افراد به حکم قرعه ۳۰ دانشجویی که نمراتشان در آزمون افسردگی بک ۱۵ و بالاتر بود، انتخاب و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایشی طی هشت جلسه هفتگی ۱/۵ تا ۲ ساعته تحت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. گروه شاهد هیچ‌گونه آموزش درمانی دریافت نکرد. آزمودنی‌های دو گروه پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه افسردگی بک را در دو نوبت (پیش از درمان و پس از درمان) تکمیل کردند. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون همبستگی پیرسون، و برای بررسی اثر درمان از آزمون t مستقل استفاده شد. **نتایج:** یافته‌ها نشان می‌دهند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد. **جمع‌بندی:** به نظر می‌رسد تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن، و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد. لذا با توجه به مؤثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه درمان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی، استفاده گسترده از آن توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، افسردگی.

**مقدمه**

ذهن آگاهی<sup>۲</sup> به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدف‌مند و خالی از قضاوت است (کابات زین، ۱۹۹۰). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (سگال<sup>۴</sup>، تیزدیل<sup>۵</sup> و ویلیامز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه بوداییسم گرفته شده است

که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود. ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه در انجام آن روش‌ها و فنون مختلف زیادی به کار رفته است. ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (باثر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳).

2- mindfulness  
4- Segal  
6- Williams3- Kabat Zinn  
5- Teasdale  
7- Baer

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: h.kaviani@usa.com

تحقیقی که درباره سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران انجام گرفت (باقری یزدی، عبدالهی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴)، نشان داد که ۳۰ درصد از پذیرفته‌شدگان، احساس غمگینی و افسردگی داشتند. در این بررسی دانشجویان تهرانی نسبت به دانشجویان شهرستانی از سلامتی بیشتری برخوردار بودند. براساس تحقیق امینی و فرهادی (۱۳۷۷) گروه‌های دانشجویی دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهند و در حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی در رنج‌اند. آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری دانشجویان شهرستانی، بی‌علاقگی احتمالی یا عدم شناخت از رشته تحصیلی، ناسازگاری با دانشجویان دیگر، کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی، و مشکلاتی نظیر آن از جمله شرایطی است که می‌تواند مشکلات و ناراحتی‌های روانی را به وجود آورد یا تشدید کند و باعث افت عملکرد دانشجویان شود (عباسی و پناه‌عنبی، ۱۳۸۰).

راس<sup>۶</sup> و رایبیز<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) بر این باورند که مطالعات گوناگون و گزارش‌های متخصصان بالینی نشان می‌دهند که تعداد قابل توجهی از دانشجویان دانشگاه‌های امریکا که در مجتمع‌های خوابگاهی زندگی می‌کنند، دچار اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی‌اند، و مواد مخدر و الکل مصرف می‌کنند. در پنج سال گذشته مشکلات روان‌شناختی دانشجویان افزایش یافته است و ۱۵/۹ درصد از دختران دانشجو و ۸/۵ درصد از پسران دانشجو گزارش می‌دهند که از علائم افسردگی رنج می‌برند.

کیفیت زندگی<sup>۸</sup> را می‌توان به چهار بعد عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم کرد که هر یک از این ابعاد خود دارای اجزایی است. طبق این تقسیم‌بندی، اجزای عملکرد جسمی شامل بود یا نبود اختلال در اشتها، اختلالات بلع و تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، تنگی نفس، خستگی و بی‌خوابی، ناتوانی، بی‌حسی، درد، توان انجام حرکت برای مراقبت از خود و

به نظر تیزدیل، ویلیامز، سگال و سلسبی<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) مهارت‌های آموخته‌شده کنترل توجه در مراقبه ذهن آگاهی می‌تواند در پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی اساسی سودمند باشند. بر اساس نظریه پردازش اطلاعات آنها درباره عود<sup>۲</sup> افسردگی، افرادی که دوره‌های افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند، در زمان مواجه شدن با حالت‌های ملال<sup>۳</sup> در مقابل بازگشت افسردگی آسیب‌پذیر هستند، زیرا این حالت‌ها می‌تواند الگوهای تفکر افسرده‌ساز در طول دوره یا دوره‌های قبلی را دوباره فعال کنند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۴</sup> (MBCT) به‌وسیله سگال و همکاران (۲۰۰۲) برای هشت جلسه گروهی (هفته‌ای یک جلسه) و بر اساس برنامه کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۵</sup> (MBSR) کابات‌زین طراحی شده است.

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عناصری از شناخت‌درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می‌سازد. این نوع رویکرد تمرکززا در مورد هیجانات و حس‌های بدنی هم به کار می‌رود. در این روش به افراد افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آنها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آنکه آنها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌شود (تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰).

افسردگی هنوز یک مسأله بحث‌برانگیز در حوزه بهداشت روانی است و همچنان باید کارهای فراوانی در مورد آن صورت گیرد. افسردگی به عنوان یک حالت خلقی بهنجار تجربه‌ای متداول است. در افسردگی خفیف، فرد به نشخوار فکری در مورد مسائل منفی می‌پردازد و اکثر اوقات احساس‌هایی مثل ملال، تحریک‌پذیری و خشم را تجربه می‌کند، در حالی که برای خود متاسف و غصه‌دار است و به گرفتن اطمینان خاطر از دیگران شدیداً نیازمند می‌باشد. افرادی که افسردگی خفیف را تجربه می‌کنند، در مورد گذشته مشغله ذهنی دارند و به آینده بدبین‌اند (کلارک و فربورن، ۱۳۸۷).

1- Soulsby 2- relapse  
3- dysphoric  
4- Mindfulness-Based Cognitive Therapy  
5- Mindfulness-Based Stress Reduction  
6- Roth 7- Robbins  
8- quality of life

افسردگی همیتون و آزمون حافظه سرگذشتی گرفته شد. نتایج نشان دادند آموزش بیماران بهبود یافته از افسردگی قبلی این امکان را به شخص می‌دهد که شناخت‌ها را بدون تلاش برای سرکوب یا دوری کردن محقق سازد. تمایل به جست‌وجو کردن و یافتن رویدادها در این گروه کاهش می‌یابد و بنابراین کاهش چشمگیری در وضعیت خاطره آنها دیده می‌شود.

اسکلمن<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) ۲۳۱ دانشجوی دانشگاه پنسیلوانیا را به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم کرد و با هدف پیشگیری از اضطراب و افسردگی آنها را تحت آموزش MBCT قرار داد. پس از یک دوره یک‌ساله پیگیری، شرکت‌کنندگان در دوره آموزشی نسبت به گروه شاهد به طور معناداری اضطراب و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد کمتری داشتند.

کاویانی، جواهری و بحیرایی (۱۳۸۴) برای اولین بار پژوهشی تحت عنوان «بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه» را در ایران انجام دادند. نتایج این پژوهش که در دانشجویان ساکن خوابگاه انجام شد، حاکی از اثرگذاری MBCT بر کاهش اضطراب و افسردگی، و نیز کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد دانشجویان غیرافسرده بود. در این تحقیق نمونه افسرده غیربالینی (غیربیمار) انتخاب شد، چرا که قبل از کاربرد این روش درمانی در بیماران، به لحاظ اخلاقی می‌بایست مؤثر بودن آن برای نمونه غیربیمار تأیید شود. از این رو، تحقیق بعدی می‌تواند در نمونه افراد افسرده بالینی انجام شود.

## روش

### طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد است. آزمودنی‌های این پژوهش به صورت تصادفی انتخاب شدند، و پس از اجرای آزمون‌ها و قبل از دخالت متغیر مستقل، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و شاهد جای گرفتند.

انجام کارهای روزمره است. اجزای عملکرد روانی مشتمل بر وجود یا فقدان اضطراب، افسردگی، سازش، بیماری و درمان است. اجزای عملکرد اجتماعی دربرگیرنده نحوه ایفای نقش‌ها، ارتباطات، تعاملات خانوادگی، ارتباط با دوستان و توانایی کار در خارج از منزل و فعالیت‌های جنسی است؛ و اجزای عملکرد معنوی شامل پرداختن به کارهای مذهبی از قبیل دیدار از اماکن مقدس و مذهبی، دعا کردن و راز و نیاز با خداست (برگر<sup>۱</sup>، پورتنوی<sup>۲</sup> و ویسمن<sup>۳</sup> ۱۹۹۸).

یافته‌های تحقیق نصیری، هاشمی و حسینی (۱۳۸۵) در مورد کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز نشان دادند که ارزیابی دانشجویان ساکن خوابگاه از کیفیت زندگی خود با ارزیابی دانشجویان غیرخوابگاهی تفاوت معناداری دارد، به این صورت که دانشجویان مستقر در خوابگاه‌ها از کیفیت زندگی خود در خوابگاه‌ها ارزیابی منفی‌تری دارند. این یافته‌ها با یافته‌هایی که از کشورهای دیگر به دست آمده است، همخوانی دارد.

در این تحقیق ما به بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کیفیت زندگی و افسردگی پرداختیم، چرا که کیفیت زندگی با افسردگی تعامل منفی دارد. علاوه بر این، بررسی رابطه کیفیت زندگی و افسردگی نیز مورد بررسی قرار گرفت. اثر تحقیق تیزدیل و همکاران (۲۰۰۰) در مورد تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر پیشگیری از عود بیماران افسرده نشان داد که بازگشت افسردگی در ۷۷ درصد از آزمودنی‌هایی که سابقه سه بار عود یا بیشتر داشتند و MBCT دریافت کرده بودند، کاهش چشمگیر داشته است؛ ولی در افرادی که سابقه دو بار عود افسردگی یا کمتر داشتند، خطر عود و بازگشت کاهش خاصی نداشت.

تاکنون مطالعات تجربی بسیاری در بیماران افسرده شده که نتیجه آنها تأثیرات خلق بر حافظه سرگذشتی است. در پژوهش سگال و همکاران (۲۰۰۰)؛ به نقل از سگال و همکاران، (۲۰۰۲) یک گروه ۴۵ نفری (۱۲ مرد و ۳۳ زن با میانگین سنی ۴۲/۱) که متوسط دوره‌های قبلی افسردگی آنها چهار دوره بود، انتخاب شدند و تحت آموزش MBCT قرار گرفتند. سپس از آنها در جلسات اول و آخر، و جلسات پیگیری چهار ماهه آزمون

1- Berger  
3- Weissman

2- Portenoy  
4- Schulman

## نمونه مورد مطالعه

در ایران نیز نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ<sup>۳</sup> ۰/۸۴ نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی<sup>۴</sup> در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیرمقیاس (یعنی سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان‌دهنده روایی ساختاری آن است.

## پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک (BDI) در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ به وسیله بک و به منظور سنجش و ارزیابی بود یا نبود افسردگی و نیز شدت آن در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است (بک، استیر<sup>۵</sup> و گاربین<sup>۶</sup>، ۱۹۸۸). این پرسشنامه دارای ۲۱ پرسش است که هر پرسش آن چهار گزینه (۰، ۱، ۲، ۳) دارد. آزمودنی‌ها با کشیدن دایره دور شماره‌ای که با احساس‌شان در آن هفته متناسب‌تر است، به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. نشانه‌های این آزمون با قرار گرفتن در سه گروه هفت ماده‌ای شامل نشانه‌های احساسی و عاطفی<sup>۷</sup>، نشانه‌های انگیزشی و شناختی<sup>۸</sup>، و نشانه‌های جسمانی و نباتی<sup>۹</sup> از یکدیگر جدا می‌شوند. اخیراً در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، برای این آزمون روایی ۰/۷۰ و پایایی ۰/۷۷ به دست آمده است (کاویانی، ۱۳۸۷).

## خلاصه جلسات آموزشی

راهنمای استفاده از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افسردگی

دستور عمل جلسه‌ها براساس راهنمای کتاب «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی» (سگال و همکاران ۲۰۰۲) تنظیم شده است. این درمان شامل هشت جلسه آموزش گروهی است که هفته‌ای یک بار و به مدت دو

در این پژوهش، از میان تقریباً هزار دانشجوی دختر ساکن یکی از خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۱۵۰ نفر انتخاب شدند و آزمون افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI) در آنها اجرا شد که نمره BDI در ۳۵ نفر آنها بین ۱۵ تا ۳۰ بود. از این نمونه به حکم قرعه ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه شاهد قرار داده شدند.

## شیوه اجرای پژوهش

بعد از انتخاب اعضای گروه‌ها، جلسه اول درمان به صورت گروهی تشکیل و در همان جلسه فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-BREF) اجرا شد. در این جلسه درباره تعداد جلسات (هشت جلسه آموزشی، هفته‌ای یک بار)، و نیز کل کار و اینکه فاصله جلسات و زمان هر جلسه چقدر است، توضیحات کاملی ارائه و نیز در همان جلسه ابهامات آزمودنی‌ها رفع شد. پرسشنامه WHO-QOL-BREF به طور همزمان در گروه شاهد نیز اجرا شد. در طول اجرای جلسات آموزشی یک آزمودنی گروه آزمایشی به دلیل محدودیت زمانی نتوانست دوره را تکمیل کند، بنابراین از برنامه حذف و تعداد نمونه‌ها در گروه آزمایشی ۱۴ نفر محاسبه شد.

## ابزارهای اندازه‌گیری

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-BREF) دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارت‌اند از: (۱) سلامت جسمی، (۲) سلامت روان‌شناختی، (۳) روابط اجتماعی و (۴) محیط اجتماعی. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می‌شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این مقیاس را یک مقیاس بین‌فرهنگی<sup>۲</sup> می‌داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶).

1- Beck Depression Inventory  
3- Cronbach's alpha  
5- Steer  
7- affective and emotional  
9- vegetative and physical  
2- cross-cultural  
4- factor analysis  
6- Garbin  
8- cognitive and motivation

استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آنها،

ب- پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس،

ج- آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند،

د- یاد گرفتن اینکه بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.

#### موضوع جلسات پنجم تا هشتم

الف- آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم

ب- تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت

ج- هشیار بودن از نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های افسردگی

د- برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی.

### یافته‌ها

هر یک از متغیرها به طور جداگانه با آزمون تحلیل واریانس دو طرفه {جلسه (۲) × گروه (۲)} تجزیه و تحلیل شدند، به این صورت که عامل گروه (آزمایشی و شاهد) به عنوان متغیر بین‌گروهی، و عامل جلسه (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) به عنوان عامل درون‌گروهی در نظر گرفته شد. در آخر نیز برای بررسی میزان تأثیر درمان (آموزش) بر دو گروه، آزمون t برای نمونه‌های مستقل<sup>۱</sup> با استفاده از تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون به کار برده شد.

نتایج آماری تحلیل واریانس چندمتغیره با استفاده از لامبدا<sup>۲</sup> ویلکس نشان می‌دهد که تغییرات کیفیت زندگی در دو

ساعت به طول می‌انجامد. در این آموزش، بیماران افسرده یاد می‌گیرند که چطور به شیوه‌ای متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکارشان متمرکز شوند. آنها همچنین یاد می‌گیرند که چگونه جهت افکار خود آیند، عادات، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را تغییر دهند، نسبت به آنها آگاه شوند و آنها را در چشم‌انداز وسیع‌تری ببینند.

در نسخه اصلی کتاب سگال، در بعضی از جلسات اشعاری با محتوای ذهن آگاهی انتخاب شده بود که در طول جلسه برای مراجعان خوانده و بر مفاهیم آن تمرکز می‌شد. در این پژوهش به منظور تسهیل روند آموزش اشعاری مشابه (از سهراب سپهری، نادر نادرپور و شفیع کدکنی) جایگزین اشعار انگلیسی شد و برای انجام تمرین‌ها در منزل نیز از کتاب و نوار آرامش در ژرفا<sup>۱</sup> (بهادران و پورناصح، ۱۳۸۲) استفاده کردیم.

#### اهداف جلسات:

۱. آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه

۲. توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند

۳. مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند

۴. جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی

۵. تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از افسردگی یا موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه

۶. آگاه شدن از علایم هشداردهنده افسردگی

۷. آگاهی از تغییرات جزئی خلق

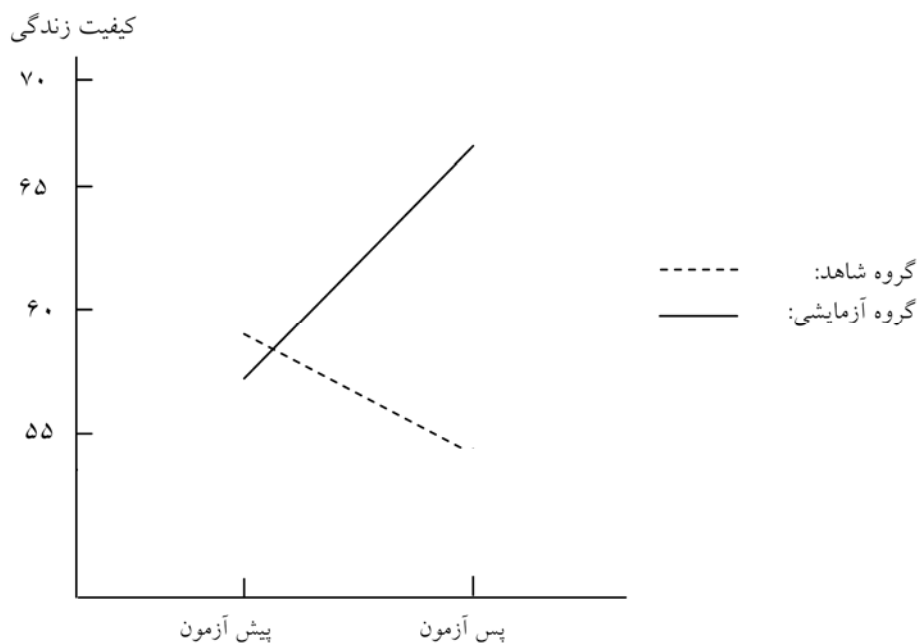
#### موضوع جلسات اول تا چهارم

الف- توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با

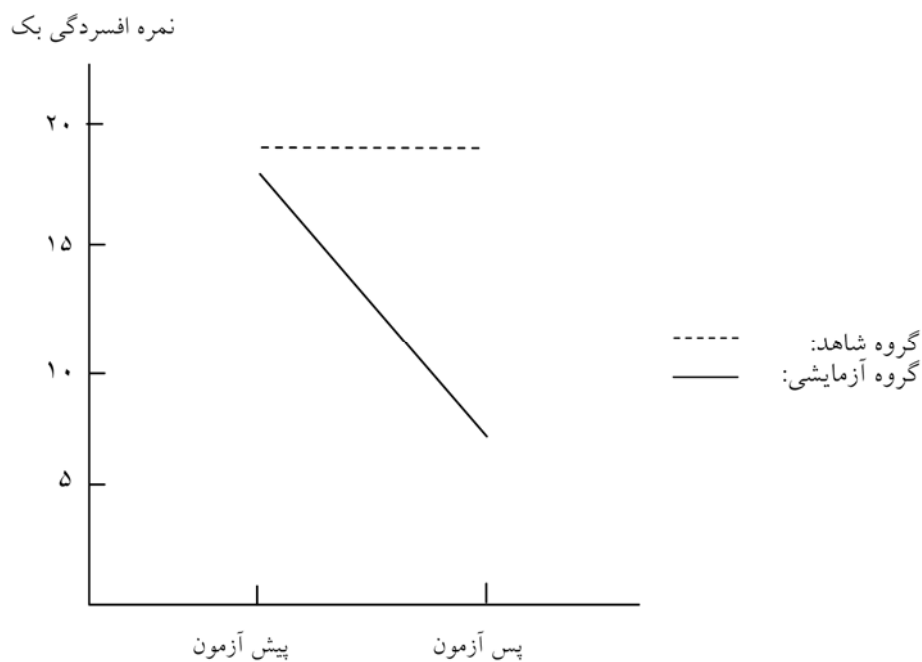
1- independent samples t-test 2- Wilks' Lambda



شکل ۱- میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه در زمینه متغیر کیفیت زندگی



شکل ۲- میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه در زمینه متغیر افسردگی



جدول ۱- داده‌های اولیه آزمون t در نمونه‌های مستقل برای مقایسه میانگین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و شاهد در زمینه کیفیت زندگی

گروه	تعداد	میانگین تفاضل نمرات	انحراف معیار	خطای انحراف معیار از میانگین
آزمایش	۱۴	۸/۴۶	۵/۰۸	۱/۳۵
شاهد	۱۵	۴/۸۳	۵/۷۷	۱/۴۹

**جدول ۲-** داده‌های اولیه آزمون t در نمونه‌های مستقل برای مقایسه میانگین اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایشی و شاهد در زمینه افسردگی

گروه	تعداد	میانگین تفاضل نمرات	انحراف معیار	خطای انحراف معیار از میانگین
آزمایش	۱۴	۱۲/۵۷	۵/۷۶	۱/۵۳
معیار	۱۵	۶	۴/۷۷	۱/۲۳

محاسبه ضریب همبستگی پیرسون<sup>۱</sup> نشان داد که بین دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی رابطه معکوس (همبستگی منفی) وجود دارد ( $t=0/70, p<0/01$ ). براساس این نتیجه می‌توان گفت ۴۹ درصد از تغییرات کیفیت زندگی به وسیله متغیر افسردگی پیش‌بینی می‌شود.

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد. با توجه به اینکه زندگی ابعاد گوناگونی دارد، از جمله بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، تمرین‌های ذهن آگاهی به گونه‌ای طراحی شده است که بر همه این ابعاد تأثیر می‌گذارد. به این ترتیب این روش می‌بایست موجب افزایش کیفیت زندگی شود. براساس نتایج تحقیق حاضر، در گروه‌های آزمایشی و شاهد میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی تفاوت معناداری دارند.

بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایشی با تحقیق راس و رایبیز (۲۰۰۴) همسو است. این پژوهش به منظور بررسی تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی انجام شد و نتایج نشان داد که گروه آزمایشی نسبت به گروه شاهد، بعد از گذراندن دوره کامل MBSR بهبود چشمگیری در پنج مقیاس از هشت مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36) یافته است. تحقیق کارلسون<sup>۲</sup>، اسپکا<sup>۳</sup>، پاتل<sup>۴</sup> و گودی<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) نیز اثر مثبت MBSR را بر

گروه با توجه به نمرات پیش آزمون و پس آزمون به طور معناداری متفاوت است. ( $F_{(27,1)}=25/43, p<0/001$ ). این وضعیت را نمودار ۱ نشان می‌دهد. میانگین نمرات کیفیت زندگی در پیش آزمون گروه آزمایشی ۵۹/۵۳ بود، در حالی که در پس آزمون به ۶۸ افزایش یافت. این در حالی است که میانگین این مقیاس در پیش آزمون گروه شاهد ۵۹/۴۰ بود، اما در پس آزمون به ۵۴/۵۶ تنزل پیدا کرد.

همچنین برای تعیین اثر درمان (آموزش) بر دو گروه، از تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد و کاربرد آزمون t برای نمونه‌های مستقل نشان داد که کیفیت زندگی در گروه آزمایشی به طور معناداری بهبود یافته است ( $t=6/56, df=27, p<0/001$ ). جدول ۱ ویژگی‌های آماری آزمون t را نشان می‌دهد.

هم چنین نتایج آماری تحلیل واریانس چند متغیره با استفاده از لامبدای ویلکس در نمودار ۲ نشان می‌دهد که تغییرات نمرات افسردگی دو گروه با توجه به نمرات پیش آزمون و پس آزمون به طور معناداری متفاوت است ( $F_{(27,1)}=25/17, p<0/001$ ) (نمودار ۲). افزون بر این، تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون و کاربرد آزمون t برای نمونه‌های مستقل نشان داد که افسردگی گروه آزمایشی به طور معناداری بهبود یافته است ( $t=6/72, df=27, p<0/001$ ). میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایشی از ۱۷/۸۵ به ۵/۲۸ کاهش یافت و در حالی که نمرات افسردگی گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۹/۰۶ و ۱۹/۶۶ بود. جدول ۲ ویژگی‌های آماری آزمون t را نشان می‌دهد.

1- Pearson's correlation coefficient

2- Carlson

3- Spica

4- Patel

5- Goodey



نزدیک شدن دانشجویان به امتحانات پایان ترم باشد. آزمودنی‌های گروه آزمایشی در زمان پس‌آزمون به امتحانات پایان ترم نزدیک شده بودند، اما کیفیت زندگی آنها ارتقا پیدا کرده بود که البته این کاهش و افزایش کیفیت زندگی به نفع پژوهش حاضر است و شواهد بیشتری در تأیید اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارتقای کیفیت زندگی به دست می‌دهد.

این مشاهده به دور از قضاوت در مورد افراد دارای دردهای مزمن نیز کاربرد فراوان دارد. کابات زین پیشنهاد می‌کند که در مراقبه و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر باشند. وی یادآوری می‌کند که این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به‌وسیله درد فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (بائر، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد. در واقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی ما را از بدن، احساسات و افکارمان افزایش می‌دهد. در ذهن آگاهی، توجه به بدن و تنفس تمرین می‌شود و ما از حس‌های مختلفی که در بدن و حتی تنفس خود تجربه می‌کنیم، آگاه می‌شویم. همچنین درمی‌یابیم زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدنمان گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلبمان افزایش می‌یابد و تنفس مان تغییر می‌کند و کوتاه و تند می‌شود، با انجام تمرین‌های یوگا، توجه به بدن را هرچه بیشتر تجربه می‌کنیم و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند.

نتایج این پژوهش با تحقیق اسکلمن (۲۰۰۴) همسوست که به منظور بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی در ۲۳۱ دانشجوی دانشگاه پنسیلوانیا انجام گرفت. پیگیری نتایج نشان داد که گروه‌های شرکت‌کننده در کارگاه نسبت به گروه کنترل به طور معناداری دوره‌های اختلال اضطرابی منتشر و افسردگی عمده کمتری داشتند. در

کیفیت زندگی نشان داده است. آنها پیرامون تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان و پروستات پژوهشی انجام دادند. نتایج نشان داد که بعد از هشت جلسه آموزش، کیفیت زندگی افراد افزایش چشمگیر یافته است.

برای توضیح بیشتر این نتیجه باید این نکته را هم اضافه کرد که ابزار سنجش کیفیت زندگی در این تحقیق (WHO-QOL-BREF) مقیاسی است که چهار حیطه سلامت جسمی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی، و محیط اجتماعی افراد را می‌سنجد. حوزه روان‌شناختی شامل تصویر بدن و ظاهر، احساسات منفی چون افسردگی و اضطراب، احساسات مثبت، عزت‌نفس، باورهای معنوی و دینی، تفکر، حافظه و یادگیری می‌شود. بر این اساس، حالات روحی و روانی چون افسردگی و اضطراب میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تأثیر MBCT بر افسردگی و اضطراب و نیز دیگر احساسات جسمی-روانی و بهبود شرایط فرد می‌تواند ارتقای کیفیت زندگی را در پی داشته باشد. وجود همبستگی منفی بین افسردگی و کیفیت زندگی پشتیبان جدی این ایده نظری است.

نتایج این پژوهش با پژوهش یاتام<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) همسوست که به بررسی کیفیت زندگی بیماران افسرده یک قطبی و دو قطبی پرداختند و بعد از اجرای پژوهش به این نتیجه رسیدند که بیماران دارای میزان افسردگی کمتر، نمرات بالاتری در کیفیت زندگی کسب می‌کنند و نیز کیفیت زندگی بیماران دچار اختلال افسردگی دو قطبی از بیماران افسرده یک قطبی در چهار خرده‌مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی پایین‌تر است. همچنین در این راستا پژوهش برلیم<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۴) پشتیبانی فزون‌تری فراهم می‌کند. آنها به بررسی کیفیت زندگی بیماران افسرده یک قطبی و دو قطبی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که میزان کیفیت زندگی بیماران به شدت اختلال خلقی آنها برمی‌گردد؛ هر چه اختلال شدیدتر باشد، کیفیت زندگی پایین‌تر است. باید توجه داشت که نتایج نشان می‌دهند نمرات کیفیت زندگی گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش چشمگیری داشت که به نظر می‌رسد به دلیل

1 - Yatham

2- Berlim

شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه درمان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی، به کارگیری گسترده این روش توصیه می‌شود.

بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر و با توجه به اثرگذاری آموزش MBCT بر کیفیت زندگی و بهداشت روان افراد می‌توان پیشنهاد کرد به منظور ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان و کاهش افسردگی آنها، از روش MBCT به شکل مستمر و مرتب در مدارس و دانشگاه‌ها استفاده شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۶/۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۲

پژوهش هال و همکاران (۲۰۰۳) نیز آموزش MBSR میزان افسردگی و اضطراب را به طور چشمگیر کاهش داد. در ایران نیز تحقیق کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) که به منظور بررسی اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه انجام شد، نشان داد که نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی که آموزش MBCT دریافت کردند، نسبت به گروه شاهد که آموزشی دریافت نکردند، کاهش چشمگیری یافت.

در واقع به نظر می‌رسد تمرین‌های MBCT با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر دارد. لذا با توجه به مؤثر واقع

## منابع

- امینی، ف.، و فرهادی، ع. (۱۳۷۷). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آنها بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان.
- باقری یزدی، ع.، عبدالمهدی، ج.، و شاه‌محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱، ۴۱-۳۲.
- بهادران، ک.، و پورناصح، م. (۱۳۸۲). کتاب و نوار آرامش در ژرفا ۱ (راهنمای تمرین آرامش عمیق). تهران: نشر مهر کاویان.
- عباسی، ع.، و پناه عنبری، ع. (۱۳۸۰). بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۷۸-۷۷. مجله طب و تزکیه، ۴۳، ۳۰-۲۳.
- کاویانی، ح. (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روابی مقیاس بیماری‌رسانی اضطراب و افسردگی (HADS)، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)، فهرست واریس صفات خلقی (Mood Adjectives Checklist) و BDI در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. گزارش تحقیق. دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.
- کاویانی، ح.، جواهری، ف.، و بحیرایی، ه. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد. افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱(۱۷)، ۵۹-۴۹.
- کلارک، د.، و فربورن، ک. (۱۳۸۶). درمان‌های شناختی-رفتاری (ترجمه ح. کاویانی). تهران: مهر کاویان.
- نصیری، ح. ا.، هاشمی، ل.، و حسینی، س. م. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز براساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF). سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ۳۶۸-۳۶۵.

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

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Berger, A. M., Portenoy, R. K., & Weissman, D. E. (1998). *Supportive oncology: Principle & practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Berlim, M. T., Pagendler, J., Caldierano, M. A., Almeida, E. A., Fleck, M. P. A., & Joiner, E. (2004). Quality of life in unipolar & bipolar depression. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 192 (11), 792-795.

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostatic cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65 (4), 571-581.

Kabat – zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.

Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic medicine*, 66 (1), 113-123.

Schulman, P. (2004). *Depression prevention in adults*. [Schulman@psychupenn.edu](mailto:Schulman@psychupenn.edu).

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.

Teasdale, J. D., Williams, J. M., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness – based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in for merely depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.

World Health Organization (1996). *Measuring Quality of life*.

Yatham, L. N., Lecrubier, Y., Fieve, R. R., Davis, K. H., Harris, S. D., & Krishnan, A. A. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorder*, 6, 379-385.