

اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودخاموشی در زنان دارای افسردگی با افکار خودکشی

مهدی کوشکی^۱، مانیا ناصری منش^۲، سید کاظم ملکوتی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو ساوه، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی ناصر خسرو ساوه، ایران

^۳ دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران

چکیده

هدف پژوهش کنونی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودخاموشی در زنان دارای افسردگی با افکار خودکشی بود. طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل پیاده گردید. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان در دامنه سنی ۱۸ سال به بالا با تشخیص اختلال افسردگی دارای افکار خودکشی بودند که در صفحات مجازی تلگرام، توییتر، اینستاگرام و تلگرام فعالیت داشتند که ۴۰ نفر از زنان جامعه ذکر شده به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر)، جهت گردآوری داده ها از مقیاس افکار خودکشی (بک و ستیر، ۱۹۹۱)، مقیاس خودخاموشی (جک، ۱۹۹۱)، فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) انجام گرفت. در این پژوهش یافته ها نشان داد که شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی معناداری بر کاهش خودخاموشی و افکار خودکشی و افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان افسرده دارای افکار خودکشی دارد. این نتایج نشان می دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی احتمالا می تواند با بهبود تنظیم و ابراز هیجان در کاهش میزان افکار خودکشی موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی، مایندفولنس، خودخاموشی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، افسردگی، افکار خودکشی

مقدمه :

افسردگی به عنوان یکی از مشکلات اصلی سلامت روان، تأثیرات شگرفی بر سلامت عمومی جهان دارد؛ از تأثیر افسردگی بر رشد و نمو کودک و افزایش خطر ابتلا به زوال عقل تا خودکشی، مرگ و میر زودرس و بروز اختلالات مختلف جسمی (رینولد و پاتل،^۱ ۲۰۱۷). بر اساس برآوردها حدود ۳۰۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج میبرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). بررسی ها نشان میدهند در حالی که ۱۴ درصد از وزن جهانی بیماری به اختلالات روانی منسوب است، بیشتر افراد مبتلا ۷۵ درصد در بسیاری از کشورهای کم درآمد به معالجه مورد نیاز دسترسی ندارند و یا درمان نشده باقی میمانند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). در ایران بر اساس مطالعه ملی بیماریها و آسیب ها، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است (منتظری و همکاران، ۲۰۱۳).

بررسی اپیدمیکی در ایران و دیگر کشورها نشان می دهد که بیماری های روانی ، به ویژه افسردگی ، شیوع زیادی دارند که میزان آن در زنان بیشتر از مردان است بطوریکه میزان شیوع بیماری های روانی در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان گزارش شده است (جلیلی داویدیان، ۱۳۷۰، جاویدی، ۱۳۷۲، بهادرخان، ۱۳۷۲، باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳، پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵، ماوریز و همکاران، ۱۹۸۶).

افکار خودکشی نیز افکار ناخوانده همراه با تمایل به خاتمه دادن عمر در زندگی شخصی فرد است. افکار خودکشی شامل اشتغال ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است (فالکانی و تیمونز -میشل^۳، ۲۰۱۸). خودکشی یکی از عمده ترین نگرانیهای سلامت عمومی در بسیاری از جوامع است. در ایران میزان بروز آن ۹۱/۶۵ درصد هزار نفر برآورد گردیده است (دلیری، بازیار، دلپیشه و سایه میری، ۱۳۹۵). این آمارها در حالی است که گفته میشود احتمالا آمار واقعی که شامل اقدام به خودکشی و سایر رفتارهای خودکشی گرایانه است، ۱۰ تا ۲۰ برابر این میزان باشد (سازمان جهانی بهداشت^۴، ۲۰۱۴). میزان خودکشی در زنان به خاص در کشور ما در حال افزایش است. به طوری که بر اساس تحقیقات انجام گرفته، ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جوان است که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است (دلیری و همکاران، ۱۳۹۵؛ امیری، ۲۰۲۰).

آسیب پذیری بیشتر زنان در برابر رفتارهای خودکشی احتمالا به دلیل آسیب پذیری در عوامل روانی- اجتماعی و هیجانی است (کومار، ۲۰۱۵). لذا توجه به کارکردهای هیجانی از قبیل تنظیم شناختی هیجان در آن مهم است. تنظیم شناختی هیجان به راهبردهایی اطلاق میشود که به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار میگیرد (گروب، ۲۰۱۳). تنظیم شناختی هیجان را می توان روش شناختی مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک شده تعریف کرد (پاتهووف^۵ و

^۱Reynolds and Patel^۲mavreas^۳Falcone & Timmons-Mitchell^۴World Health Organization (WHO)^۵Potthoff

همکاران، ۲۰۱۶). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می کند تا برانگیختگی ها و هیجان های منفی را تنظیم کنند و این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال های روانی رابطه مستقیم دارد (کرایچ، پوراوم گارنفسکی، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی منطق و نادرست، فرد ممکن است راهبردهای شناختی نامناسب را برای روبرو شدن با موقعیت تنیدگی را برگزیند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش های مک لتری^۸ و همکاران (۲۰۲۰) و قادری، آهی، منصوری، وزیری و شاهی زاده (۲۰۲۰) حاکی از وجود ارتباط مستقیم بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان با افکار و رفتارهای خودکشی بود.

پژوهشهای گذشته بین نه راهبرد تنظیم شناختی هیجان تمایز قائل شده اند که بین این نه راهبرد پنج راهبرد سازگارانه هستند که عبارت اند از پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کنار آمدن با دیدگاه و چهار راهبرد ناسازگارانه هستند که شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش دیگران است (اندامی خشک، گلزاری، اسماعیلی نسب، ۱۳۹۲). تنظیم شناختی هیجان به افراد آگاهی میدهد چه نوع هیجانی دارند، چه زمانی هیجان آنها پدید می آید و چگونه باید آنها را ابراز کنند. مهارتهای مناسب در تنظیم هیجان با کیفیت بالای زندگی زناشویی مرتبط است و در مقابل مهارت ناکارآمد آن با بیماری روانی ارتباط دارد (آلداو^۹، ۲۰۱۳).

یکی از نظریه های اساسی که در ساز و کار منتهی به افسردگی مد نظر است، تئوری خود خاموشی^{۱۰} دانا کرولی^{۱۱} است. خود خاموشی به معنای وجود شکاف بین آن چیزی است که فرد احساس می کند و می خواهد، با آن چیزی که می گوید و یا عمل می کند (گیلیگان، ۲۰۱۰).

خود خاموشی، نمود تبعیض و کلیشه های جنسیتی در روابط روزمره بین شخصی است. باورها و عقایدی که منجر به خود خاموشی می شوند، طرفدار نقش های جنسیتی خاص برای زنان هستند. این باورها زنان را ترغیب می کنند از ایجاد تضاد و اختلاف در روابط پرهیز کنند و نیازهای دیگران را به نیازهای خودشان ارجح بدانند و خود را با استانداردهای بیرونی که جامعه از آنها توقع دارد، ارزیابی و قضاوت نمایند (اسویم^{۱۲}، ۲۰۱۰).

به عبارتی خود خاموشی به وسیله ی هنجارها، ارزش ها و تصورات به زنان دیکته می کند که باید دل پذیر، دیگر خواه (با گذشت و دوست داشتنی باشند) (جک^{۱۳}، ۲۰۱۰).

فرد خود خاموش کننده، ارزیابی بیرونی از خود دارد، از دیگران به قیمت قربانی کردن خود پیروی می کند، بین خودی که باید باشد و باید احساس کند (خود بیرونی) و خودی که هست و احساسات پنهانش را شامل می شود (خود درونی)، فاصله و

^۸Kraaij, Pruymboom & Garnefski

^۹Garnefski & Kraaij

^{۱۰}McLaerty

^{۱۱} Aldao

^{۱۲}Self-silencing theory of women's depression

^{۱۳}Dana CrowleyJack

^{۱۴}Swim

^{۱۵}Jack

تقسیمی را احساس می کند و عقاید و نظرات خود را برای جلوگیری از ایجاد تضاد و تعارض در رابطه نمی گوید (جک، ۲۰۱۰).

یکی از درمان هایی که بسیار در این زمانه مورد استفاده قرار میگیرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است (پائول، ۲۰۱۸). درمان شناختی رفتاری بر پایه الگوهای شناختی ایجاد شده است. طبق الگوی شناختی تفکر تحریف شده یا ناکارآمد، زمینه ساز تمام اختلالات روان شناختی است. علاوه بر این، تفکر ناکارآمد، تاثیر مهمی بر روی خلق و رفتار ما دارد (هام و همکاران، ۲۰۱۹). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله مهم ترین درمان های موج سوم است (پائول، ۲۰۱۸). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیب ابتکاری جنبه هایی از ذهن آگاهی و شناخت درمانی است (ردی، سودهیر، ماجولا، آروموفان و نارایاناسوامی، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تمرینات سنتی بودا دارد که در کار بالینی بسیار مورد استفاده قرار می گیرد و ذهن آگاهی شامل مشاهده تجارب گسترده کنونی فرد یعنی احساسات جسمانی، افکار و عواطف است (دابسون و دازویس، ۲۰۱۹).

کابات زین (۲۰۰۳) معتقد است با اضافه کردن ذهن آگاهی بر رویکرد شناختی می توان پذیرش آن چه که برای فرد رخ داده است را تسهیل نمود. هدف ذهن آگاهی مجهز کردن بیماران به روش های پاسخ به استرس های زندگی است تا بتوانند از واکنش های روانی که اغلب استرس را بدتر می کنند و در روش های موثر حل مسئله ایجاد می کنند (راج و همکاران، ۲۰۱۹). در این روش به بیماران آموزش داده می شود با دیدگاه وسیع تری افکار خود را زیر نظر بگیرند و رابطه ای نامتمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند. در درمان ذهن آگاهی آنچه اهمیت دارد احساس آزادی برای درک این موضوع است که بیشتر افکار، فقط افکار هستند و شی یا واقعیت نیستند (ردی و همکاران، ۲۰۲۰).

راج و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افکار خودکشی و علائم افسردگی و همچنین افزایش رضایت از زندگی در نوجوانان می شود. در ایران تحقیقات اندکی در ارتباط با تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودکشی انجام شده است.

مطالعات صورت گرفته در این زمینه هم نشان داده اند که شناخت درمانی یک روش مؤثر برای درمان افسردگی و پیشگیری از عود آن میباشد (گاربر، فرانکل و هرینگتون، ۲۰۱۶؛ لمنز، دروبیس، آرنتر، پیترز و هویجبرس، ۲۰۱۶؛ ساسو، استرونک،

^۱Paul

^۲Hom

^۳Reddy, Sudhir, Manjula, Arumugham & Narayanaswamy

^۴Dobson & Dozois

^۵Kabatzin

^۶Raj

^۷reddy

Raj et al

Garber, Frankel & Herrington

براین، دروویس و پروتمنلت^{۲۴}، ۲۰۱۵؛ لورنزو- لوکاس، جرمن و درابیس^{۲۵}، ۲۰۱۵؛ وانگر، هورن و میرکر^{۲۶}، ۲۰۱۴؛ ماینکاواساگر، پریچ و پارکر^{۲۷}، ۲۰۱۳؛ بوکتینگ^{۲۸} و همکاران، ۲۰۱۱).

فیض الهی، نریمانی، موسی زاده (۱۴۰۰) در تحقیقاتی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی، خودنهناسازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر کاهش خودنهناسازی و افکار خودکشی دارد ($p < 0/001$) این نتایج نشان می دهند که درمان پذیرش و تعهد احتمالا می تواند با بهبود تنظیم و ابراز هیجان در کاهش میزان افکار خودکشی موثر باشد.

کاشفی نیشابوری، صعادی، پاشا، حیدری، مکوندی (۱۴۰۰) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش تنظیم هیجان بر کاهش هیجان -خواهی و خودآسیب رسانی در نوجوانان مستعد اعتیاد ساکن در مراکز شبه خانواده دریافتند که آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر بیشتری بر کاهش هیجان خواهی و خودآسیب رسانی دارد و این تأثیر در دوره پیگیری ماندگار است. بر اساس یافته ها، جهت کاهش مشکلات روانشناختی نوجوانان مستعد اعتیاد از روشهای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن -آگاهی و آموزش تنظیم هیجان در قالب کارگاههای آموزشی و درمانی استفاده گردد

صادقی، سجادیان، نادری (۱۳۹۹) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرشهای ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان براساس یافته های مطالعه، آموزش ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نگرشهای ناکارآمد، خودکنترلی و بهبود سلامت روان دانشجویان اثربخش بوده اند.

روش :

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان در دامنه سنی ۱۸ سال به بالا با تشخیص اختلال افسردگی هستند که در صفحات مجازی تلگرام، توییتر، اینستاگرام و تلگرام فعالیت دارند و برای شرکت در پژوهش ابراز تمایل کرده و رضایت کامل داشتند با اخذ مصاحبه تشخیصی و استفاده از پرسشنامه خودکشی بک استفاده گردید که در نهایت از این تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس و در دو گروه

^{۲۴}Lemmens, DeRubeis, Arntz, Peeters & Huibers

^{۲۵}Sasso, K. E., Strunk, D. R., Braun, J. D., DeRubeis, R. J., & Brotman, M.

^{۲۶}Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J.

^{۲۷}Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A.

^{۲۸}Manicavasagar, V., Perich, T., & Parker, G.

آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) به شیوه تصادفی ساده جایگزین شدند. انتخاب حجم نمونه با استناد به حجم نمونه ی پیشنهاد شده برای پژوهش های آزمایشی (برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر) صورت گرفت (دلاور، ۱۳۹۶). بعد از انتخاب نمونه آماری، گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمانی ۷۵ دقیقه ای که شامل شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بود دریافت کردند و گروه کنترل بدون هیچ گونه مداخله ای باقی ماند. ملاک های ورود شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن، تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در برنامه آموزشی و کسب نمره برش لازم در مقیاس خودکشی بک (۱۹-۶ داشتن افکار خودکشی و ۳۸-۲۰ آمادگی جهت خودکشی) و ملاک های خروج شامل غیبت متوالی دو جلسه، محرز شدن خلاف هر یک از ملاک های ورود، دریافت مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت همزمان در کلینیک ها و مراکز درمانی. نهایتاً بعد از اجرای ۱۰ جلسه درمان از هر دو گروه پس آزمون دریافت گردید و داده های جمع آوری شده با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) با استفاده از نرم افزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش:

مقیاس افکار خودکشی بک^{۲۹}: این ابزار یک مقیاس خودسنجی ۱۹ سوالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه گیری نگرش، رفتار و طرح ریزی برای ارتکاب به خودکشی توسط بک و ستیر (۱۹۹۳) تهیه شده و بر اساس مقیاس سه درجه ای نقطه ای از ۰-۲ تنظیم شده است. نمره کل فرد بر اساس جمع نمره ها محاسبه می شود که از ۰-۲۸ متغیر است. نمره ۵-۰ نشان دهنده عدم وجود افکار خودکشی، ۱۹-۶ داشتن افکار خودکشی، ۳۸-۲۰ آمادگی جوش خودکشی است (بک و ستیر، ۱۹۹۱). همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و حساسیت و دقت آن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است (بک و ستیر، ۱۹۹۱) در ایران نیز این مقیاس از پایایی بالایی برخوردار بوده که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و با استفاده از روش آزمون- بازآزمون ۰/۷۴ به دست آمده است (انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی نوده، ۱۳۸۴).

خودخاموشی: به منظور اندازه گیری خودخاموشی در این پژوهش از مقیاس خودخاموشی جک (۱۹۹۱). این مقیاس ۳۱ گویه ای، به صورت خود گزارشی تنظیم شده است. مقیاس خود خاموشی یا (STSS) بر اساس مطالعات طولی زنان طواری شده است (جک، ۲۰۱۰). سطح سنجش این مقیاس طیف لیکرت پنج گزینه ای یا دامنه ی بسیار موافق تا بسیار مخالف می باشد. این مقیاس شامل چهار زیر مقیاس است:

- ارزیابی و درک خود بوسیله ی استانداردهای بیرونی^{۳۱}
- مراقبت از دیگران به قیمت قربانی کردن خود^{۳۲}
- خاموش کردن خود^{۳۳}

^{۲۹}Beck suicide Scale Ideation

^{۲۸}Beck & Steer

^{۲۷}Externalized self perception

^{۲۶}Care as self sacrifice

^{۲۵}Silencing the self

- خود تقسیم شده ^{۳۴}
- هر یک از این مفاهیم ارزیابی و درک خود بوسیله ی استانداردهای بیرونی ^{۳۵}
- مراقبت از دیگران به قیمت قربانی کردن خود ^{۳۶}
- خاموش کردن خود ^{۳۷}
- خود تقسیم شده ^{۳۸}

قابلیت تبدیل به خرده مقیاس هایی برای سنجش عملیاتی خود خاموشی را نیز دارا می باشد (جک، ۲۰۱۰).

جک و دیل (۱۹۹۲) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در زنان ۰/۸۶ ، در زنان باردار ۰/۸۹، در زنان پناهنده ۰/۹۴ و ضریب روایی این ابزار با پرسشنامه افسردگی ۲۱ ماده ای بک (BDI-21) در هر سه گروه فوق معنادار به دست آورده اند (جک و دیل، ۱۹۹۲). در پژوهش ملک محمدی (۱۳۹۲)، ضریب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس خودخاموشی ۰/۷۲ و ضریب روایی همزمان آن با مقیاس ۳۳ ماده ای همدلی عاطفی ۰/۴۲ (ژندا، ۲۰۰۵؛ ترجمه: بشارت و حبیب نژاد ۱۳۸۹) به دست آمدند.

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^{۳۹}: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) در کشور هلند تدوین شده است و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه چند بعدی است که جهش شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت های منفی مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و ۳۶ گویه دارد که هر زیر مقیاس ۴ گویه است. فرم کوتاه آن دارای ۱۸ گویه است که در آن برای هر زیر مقیاس ۲ گویه (مثبت و منفی) در نظر گرفته شده است. در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده گردیده است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (همیشه) است. نمره کل هر یک از زیر مقیاس ها از طریق جمع کردن نمره گویه ها به دست می آید. حداقل و حداکثر نمره در تنظیم شناختی هیجانی سازگار ۱۰ و ۵۰ و حداقل و حداکثر نمره در تنظیم هیجانی ناسازگار ۸ و ۴۰ است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). در ایران اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط حسنی (۱۳۹۰) در دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین تحلیل مؤلفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، عامل های اصلی پرسشنامه را نیز مورد تایید قرار داد. همچنین، همبستگی بین خرده مقیاس ها نسبتاً بالا بود. سرانجام، الگوی همبستگی خرده مقیاس های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان با علائم افسردگی بیانگر روایی ملاک مقیاس بود (حسنی، ۱۳۹۰).

^{۳۴}Divided Self

^{۳۵}Externalized self perception

^{۳۶}Care as self sacrifice

^{۳۷}Silencing the self

^{۳۸}Divided Self

^{۳۹}Short form of the cognitive emotion regulation questionnaire

شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی: در این پژوهش شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۱۰ جلسه درمان ۷۵ دقیقه ای و بصورت یکبار در هفته برگزار شد. ساختار و محتوای جلسات به شکل زیر بود: ارایه سرفصل های هر یک از جلسات / معرفی روش MBCT، مروری افسردگی، آموزش اطاعت پذیری از درمان دارویی، مروری بر خودکشی و عوامل خطر در آن، نشانگان هشداردهنده.

جلسه دوم: آموزش توجه و آگاهی کامل از افکار و احساسات به شیوه فراشناختی (با تاکید بر آموزش همیشگی نبودن احساسات منفی)، آموزش ارتباط میان افکار و احساسات (با تاکید بر افکار مربوط به نوسان و درماندگی).

جلسه سوم: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن واریسی بدنی، کنترل ذهن سرگردان با تمرین واریسی بدنی، مروری بر افکار خودآیند منفی و افکار منفی مربوط به خودکشی،

جلسه چهارم: ذهن آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه نشسته (ذهن آگاهی از تنفس و بدن)، تمرین ذهن آگاهی همراه با مراقبه.

جلسه پنجم: تنفس ۳ دقیقه ای (آگاهی، یکپارچه سازی، گسترش دادن)، ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن)، ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن توجه) با روش مراقبه شنیدن.

جلسه ششم: ایجاد رابطه ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش.

جلسه هفتم: مروری بر مبحث «افکار حقایق نیستند» و روش هایی که با استفاده از آنها می توان افکار را به نحو متفاوتی دید.

جلسه هشتم: مروری بر مراقبت از خود، ارتباط فعالیت و خلق، یکپارچگی فعال سازی رفتاری در آموزش برنامه ریزی فعالیت ها.

جلسه نهم: شناسایی نشانه های عود، استفاده از برنامه ریزی فعالیت ها برای رویارویی با خطر عود/عود مجدد، استفاده از آموخته های جلسات پیشین برای رویارویی با افکار خودآیند منفی موجد افسردگی و افکار خودکشی.

جلسه دهم: مروری بر جلسات گذشته و خلاصه بندی، کمک به شرکت کنندگان برای اختتام درمان.

یافته ها:

نتایج دموگرافیک

سن

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	p-value
کنترل	۲۲	۳۰.۶۰	۲.۸۰	.۵۹۷
آزمایش	۲۲	۳۱.۳۰	۲.۱۰	

تحصیلات

گروه	تحصیلات	تحصیلات			کل	p-value
		غیردانشگاهی	دانشگاهی	تعداد		
کنترل	گروه	درصد	درون	۴۵.۲٪	۶۱.۵٪	۵۰.۰٪
		تعداد	۱۴	۸	۲۲	
آزمایش	گروه	درصد	درون	۵۴.۸٪	۳۸.۵٪	۵۰.۰٪
		تعداد	۱۷	۵	۲۲	
کل	گروه	درصد	درون	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪
		تعداد	۳۱	۱۳	۴۴	

شغل

گروه	شغل	شغل			کل	p-value
		غیرشاغل	شاغل	تعداد		
کنترل	گروه	درصد	درون	۴۵.۵٪	۶۳.۶٪	۵۰.۰٪
		تعداد	۱۸	۴	۲۲	
آزمایش	گروه	درصد	درون	۵۴.۵٪	۳۶.۴٪	۵۰.۰٪
		تعداد	۳۳	۱۱	۴۴	
کل	گروه	درصد	درون	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪	۱۰۰.۰٪
		تعداد	۳۳	۱۱	۴۴	

تنظیم شناختی هیجان:

تنظیم شناختی هیجان							
نتیجه				تنظیم شناختی هیجان			
شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش نمره ی تنظیم شناختی هیجان اثر معنادار آماری داشته است	بعد			قبل			
	p-value	انحراف معیار	میانگین	p-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد گروه
	<0.001	۳.۸۰	۴۲.۸۰	۰.۱۴۰	۲.۱۰	۲۸.۲۳	۲۲ کنترل
		۳.۱۰	۳۴.۲۰		۲.۳۰	۲۷.۴۳	۲۲ آزمایش

هیجان ناسالم							
نتیجه				هیجان ناسالم			
شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش نمره ی هیجان ناسالم اثر معنادار آماری داشته است	بعد			قبل			
	p-value	انحراف معیار	میانگین	p-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد گروه
	<0.001	۶.۲۰	۲۸.۶۰	۰.۰۸۸	۷.۳۰	۳۰.۳۰	۲۲ کنترل
		۶.۴۰	۴۴.۲۰		۷.۹۰	۳۴.۶۰	۲۲ آزمایش

هیجان سالم							
نتیجه				هیجان سالم			
شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش نمره ی هیجان سالم اثر معنادار	بعد			قبل			
	p-value	انحراف معیار	میانگین	p-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد گروه
	<0.001	۳.۴۰	۳۰.۲۰	۰.۰۹۲	۳.۸۰	۲۶.۴۰	۲۲ کنترل

آزمایش	۲۲	۲۴.۳۰	۳.۹۰	۴۰.۴۰	۳.۶۰	آماري داشته است
--------	----	-------	------	-------	------	-----------------

خودخاموشي:

خود خاموشي							
قبل				بعد			
گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	p-value	میانگین	انحراف معیار	p-value
کنترل	۲۲	۱۱۸.۴۰۰	۵.۳۰۰	۰.۲۸۷	۹۸.۴۰۰	۵.۴۰۰	<0.001
آزمایش	۲۲	۱۲۰.۵۰۰	۶.۹۰۰		۷۰.۶۰۰	۴.۶۰۰	

نتیجه

ارزیابی

ارزیابی							
قبل				بعد			
گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	p-value	میانگین	انحراف معیار	p-value
کنترل	۲۲	۱۹.۷۰۰	۳.۳۰۰	۰.۲۰۳	۱۶.۳۰۰	۲.۱۰۰	<0.001
آزمایش	۲۲	۲۱.۱۰۰	۳.۹۰۰		۹.۱۰۰	۱.۴۰۰	

نتیجه

مراقبت و قربانی

مراقبت و قربانی							
قبل				بعد			
گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	p-value	میانگین	انحراف معیار	p-value
کنترل							
آزمایش							

گروهی	value	معیار		value	معیار		
مبتنی بر ذهن آگاهی بر تغییر نمره ی مراقبت و قربانی اثر معنادار آمارى نداشته است		۳.۵۰۰	۲۸.۴۰۰		۳.۵۰۰	۳۲.۳۰۰	۲۲
	۰.۱۱۰			۰.۳۷۸			
		۳.۸۰۰	۳۰.۲۰۰		۳.۲۰۰	۳۳.۲۰۰	۲۲

خاموش کردن خود نتیجه

شناخت	بعد			قبل			
درمانی گروهی	p-value	انحراف معیار	میانگین	p-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد گروه
مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمره ی خاموش کردن خود اثر معنادار آمارى داشته است		۲.۱۰۰	۲۹.۳۰۰		۳.۶۰۰	۳۶.۳۰۰	۲۲
	<0.001			۰.۱۸۰			
		۱.۴۰۰	۲۱.۵۰۰		۳.۲۰۰	۳۴.۹۰۰	۲۲

خود تقسیم شده نتیجه

شناخت	بعد			قبل			
درمانی گروهی	p-value	انحراف معیار	میانگین	p-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد گروه
مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمره ی خود تقسیم شده اثر معنادار آمارى داشته است		۲.۴۰۰	۲۵.۲۰۰		۲.۵۰۰	۳۱.۲۰۰	۲۲
	<0.001			۰.۲۰۳			
		۱.۷۰۰	۲۰.۴۰۰		۲.۱۰۰	۳۲.۱۰۰	۲۲

بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودخاموشی در زنان دارای افسردگی با افکار خودکشی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معناداری بر کاهش خودخاموشی و خودکشی و افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افسردگی با افکار خودکشی دارد.

تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی با پژوهش حاجی علیانی، بهرامی و نوفرستی (۱۳۹۹) همسو است. در ارتباط با اثربخشی ذهن آگاهی بر افکار خودکشی کابات زین (۲۰۰۳) در تحقیقی که انجام داد به این نتیجه دست یافت که تکنیک های ذهن آگاهی به صورت معناداری می تواند افکار خودکشی را در بیماران افسرده کاهش دهد. از سویی دیگر، راج و همکاران نیز (۲۰۱۹) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افکار خودکشی و علائم افسردگی و هم چنین افزایش رضایت از زندگی در نوجوانان می شود.

تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با پژوهش های وطن خواه محمدآبادی، کافی، ابوالقاسمی، شاکرنیا (۱۴۰۰) و دمهری، ولی زاده پورکانی و سعید منش (۱۳۹۹) و صدوقی و حسامپور (۱۳۹۵)، احمدی (۱۳۹۵)، سلیمانی و محمد نژاددوین (۱۳۹۶)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷)، پیرسینگ (۲۰۱۷) و تورانزاس و همکاران (۲۰۱۸) همسو است.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که انجام منظم تمرین های ذهن آگاهی موجب تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روانشناختی و هیجانی زنان افسرده مانند کنترل هیجان می شود که منجر به کسب انعطاف پذیری روانشناختی و هیجانی در برخورد با رویدادهای استرس زا و کسب مهارت تنظیم هیجان در آنان می شود.

به نظر می رسد افراد ذهن آگاه تر، در کنترل واکنش های هیجانی در قسمت میانی مغز (آمیگدال و قشر سینگولات قدامی خلفی ACC) بواسطه تعامل با بخش جلوی مغز (pfc) گه به توجه، تمرکز و تنظیم هیجانات مربوط می شود، توانایی بیشتری دارند (کروزول و همکاران، ۲۰۰۷؛ کروزول، آیزنبرگر و لیبرمن، ۲۰۰۸).

در جمه بندی دستاوردهای پژوهش حاضر می توان گفت که همخوان با فرضیات مربوط به خودخاموشی، زنان برای حفظ و ابقای روابطی که هویتشان با آن ها تعریف می شود و نیز سازگاری با نقش زنان برای حفظ و ابقای روابطی که هویتشان با آن ها تعریف می شود و نیز سازگاری با نقش جنسیتی زنانه و فرودست خود، دست به خودخاموشی می زنند. (کار، ۱۹۹۶؛ کارمر، ۲۰۰۳).

و افزایش معناداری بر افزایش تنظیم شناختی هیجان در زنان افسرده دارای افکار خودکشی دارد. توانایی کنار آمدن موثر با هیجانات منفی می تواند از اعمال اثر زیان بخش این هیجانات بر هیجانات مثبت جلوگیری کند (پاتنهوف و همکاران، ۲۰۱۶).

^۴Amygdala & posterior anterior cingulate cortex (ACC)

^۵Prefrontal cortex cortex (PFC)

^۶carr

^۷pathof

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی همچون بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، محدودیت در بررسی سایر متغیرهایی که می‌تواند در افکار خودکشی تاثیرگذار باشد (مانند میزان سازگاری فرد با شرایط سخت) بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی از سایر روش‌های نمونه‌گیری بهره گرفته شود همچنین هنجارسازی فرهنگی و اجتماعی از بیان نمودن آزادانه‌ی احساسات، مشکلات در زنان به منظور کاهش خودخاموشی و آگاه‌سازی عمومی از اثرات زیان‌بار خودخاموشی و درون‌ریزی فشارهای روانی حاصل از مشکلات اجتماعی بر سلامت جسم و روان.

منابع:

- کاشفی نیشابوری، جهانگیر، افتخار صعدی، پاشا، حیدرئی، مکوندی بهنام. (۲۰۲۱). مقایسه اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش تنظیم هیجان بر کاهش هیجان‌خواهی و خودآسیب‌رسانی در نوجوانان مستعد اعتیاد ساکن در مراکز شبه خانواده. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۶(۶۱).
- فیض الهی، نریمانی، محمد، موسی زاده، توکل، (۲۰۲۱). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی، خودنهیان‌سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی. نشریه علمی رویش روان‌شناسی، ۱۰(۲)، ۶۹-۸۰.
- جهانگیر کاشفی نیشابوری، زهرا افتخار صعدی، غلامرضا پاشا، علیرضا حیدرئی، بهنام مکوندی، (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با آموزش تنظیم هیجان بر کاهش هیجان‌خواهی و خودآسیب‌رسانی در نوجوانان مستعد اعتیاد ساکن در مراکز شبه خانواده، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۶(۶۱)، ۱۱۱-۱۲۶.
- محمد وطن‌خواه محمد آبادی، سید موسی کافی، عباس ابوالقاسمی، ایرج شاکرنیا، (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تعامل شاخص توده بدنی بر کنترل وزن، کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان نوجوان، فصلنامه روان‌شناسی مدرسه، ۱۰(۲)، ۱۸۰-۲۰۳.
- وحید حاجی‌علیانی، هادی بهرامی احسان، اعظم نوفرستی، (۱۳۹۹). تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و افزایش خود شفقت‌ورزی در دانشجویان، نشریه رویش روان‌شناسی، ۹(۵)، ۱۴۷-۱۵۴.
- انسیه صادقی، ایلناز سجادیان، محمدعلی نادری، (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۶(۱)، ۳۱-۴۸.
- علی منتظری، محمود طاووسی، سپیده امیدواری، علی اصغر هدایتی، طاهره رستمی، اکرم هاشمی، (۱۳۹۲). جهانی شدن و سلامت روان: بررسی نظام مند متون پژوهشی، مجله پایش، ۱۳(۲)، ۲۳۵.
- دلیری، سلمان، رستمی، چنگیز، سایه میری، کوروش ... علی. (۲۰۱۸). بررسی علل و شیوه‌های اقدام به خودکشی در ایران طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۰: یک مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل. کومش، ۲۰(۳)، ۴۱۷-۴۲۴.
- سلمان دلیری، آرزو کریمی، کورش سایه میری، علی دلپیشه، (۱۳۹۶). ارتباط عوامل دموگرافیک مادر با تولد نوزاد کم وزن در ایران: یک فراتحلیل، ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۴(۱۲)، ۹۹۰-۱۰۰۲.
- فرشاد احمدی، جعفر حسنی، صابر سعیدپور، نقش تشخیصی انقطاع پاداش تاخیری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک، افیون و سیگاری، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۵)، ۷۱-۹۰.
- McLaerty, M., Bunting, B., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E., O'Neill, S. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. *Child. Youth Serv Rev*, 116, 105212.

- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian journal of psychiatry*, 39, 58-62.
- Feyzollahi, S., Narimany, M., & Mosazadeh, T. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts, Self-concealment and Cognitive Emotion Regulation in Women with Suicidal Thoughts. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 10(2), 69-80.
- Snyder, H. R., & Hankin, B. L. (2018). Working memory and youth depression. In *Working Memory and Clinical Developmental Disorders* (pp. 196-209). Routledge.
- Falcone, T., Staniskyte, M., & Timmons-Mitchell, J. (2018). Psychosis and Suicide. In *Suicide Prevention* (pp. 53-69). Springer, Cham.
- Reynolds 3rd, C. F., & Patel, V. (2017). Screening for depression: the global mental health context. *World Psychiatry*, 16(3), 316.
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? *The warp and the weft. Psychological medicine*, 47(6), 990-999.
- Lemmens, L. H., DeRubeis, R. J., Arntz, A., Peeters, F. P., & Huibers, M. J. (2016). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and therapy*, 77, 170-176.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669.
- World Health Organization. (2020, January 30). Depression. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depressi>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588-597.