

تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و افکار خودکشی دانشجویان*
 وحید حاجی‌علیانی^۱، هادی بهرامی‌احسان^۲، اعظم نوفرستی^۳

The effect of mindfulness-based cognitive therapy on coping strategies, depression, and suicidal ideations in students

Vahid Hajjaliani¹, Hadi Bahrami Ehsan², Azam Noforesti³

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی به تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و بررسی راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و افکار خودکشی پرداخته‌اند. اما پیرامون بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و افکار خودکشی دانشجویان شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و افکار خودکشی دانشجویان بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان کارشناسی دختر و پسر دانشگاه پیام‌نور کرمانشاه در نیم‌سال دوم تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. ۲۴ دانشجو به صورت نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، افسردگی بک و ویرایش دوم (۱۹۹۶)، افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) و جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (ون سون، نیکلیک، پوپ و پاور، ۲۰۱۱). داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. **یافته‌ها:** شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری منجر به کاهش راهبردهای هیجان‌مدار، افسردگی و افکار خودکشی در دانشجویان شد ($P < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** دانشجویانی که در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت داشتند نمرات پایین‌تری در راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و افکار خودکشی کسب کردند. **واژه کلیدها:** شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی، افکار خودکشی

Background: Numerous studies have examined the effect of cognitive therapy based on mindfulness and the study of coping strategies, depression, and suicidal ideation. However, there is a research gap in the study of the effect of cognitive-based cognitive-cognitive therapy on cognitive coping strategies, depression, and students' suicidal thoughts. **Aims:** To investigate the effect of cognitive-based cognitive-cognitive therapy on coping strategies, depression and students' suicidal thoughts. **Method:** The research was semi-experimental with pre-test-post-test design with control group. The statistical population of the study was all male and female undergraduate students of Payame Noor University of Kermanshah in the second semester of 2018-2019. 24 students were randomly selected as a sample and randomly assigned to two experimental and control groups (12 people). The research instruments included: Lazarus and Volkman (1984) coping strategies questionnaires, Beck's second edition of Depression (1996), Beck's Suicidal Thought (1979) and mindfulness-based cognitive therapy sessions (Van Soon, Niklik, Pop, and Pop & Power, 2011). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Results:** Mindfulness-based cognitive therapy significantly reduced students' emotion-driven strategies, depression, and suicidal ideation ($P < 0/01$). **Conclusions:** Students who participated in cognitive, mindfulness-based cognitive therapy sessions scored lower on coping strategies, depression, and suicidal ideation. **Key Words:** Mindfulness-based cognitive therapy, depression, coping strategies, suicidal ideations

Corresponding Author: bhahrami@ut.ac.ir

* این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۱ M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۳/۱۱

دریافت: ۹۹/۰۲/۲۲

مقدمه

دانشجویان از جمله اقشار مهم و تأثیرگذار در هر جامعه‌ای شناخته می‌شوند که توانایی‌های زیادی می‌توانند از خود نشان دهند (مورینسون و هاپکینس، ۲۰۱۹). در میان افراد جامعه، قشر جوان از آسیب‌پذیری بالایی در برابر خودکشی^۱ برخوردارند؛ از دلایل آن می‌توان به عدم آگاهی آنها از راه‌کارهای مقابله در هنگام رویارویی با مشکلات اشاره کرد (راسل و همکاران، ۲۰۱۹). بررسی خودکشی در دانشجویان به دلیل این‌که نیروی فعال جامعه هستند، از اهمیتی دوچندان برخوردار است (باختر و رضاییان، ۱۳۹۵). شایع‌ترین دلایل اقدام به خودکشی در این قشر شامل استرس در مورد تحصیل، نگرانی‌های مربوط به روابط، مشکلات خانوادگی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب و نگرانی‌های مالی است (ویلکاکس و همکاران، ۲۰۱۰). خودکشی جزء ده عامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان است و بیش از ۸۰۰۰۰۰ نفر در سراسر جهان هر سال در اثر خودکشی می‌میرند که ۴/۱ درصد از کل مرگ‌ومیرها در سراسر جهان به حساب می‌آید. خودکشی می‌تواند در هر برهه‌ای از زندگی اتفاق بیفتد و دومین علت شایع مرگ‌ومیر در بین جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). خودکشی یک فرآیند چندمرحله‌ای شامل افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی، تلاش برای خودکشی و عمل کردن برای پایان دادن به زندگی است؛ بنابراین، افکار خودکشی اولین گام برای پایان دادن به زندگی و یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های عمل به خودکشی است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۹). شیوع افکار خودکشی در طول دوره نوجوانی و جوانی در محدوده ۱۲/۱-۲۹/۹ درصد تخمین زده می‌شود. نتایج مقایسه ۴۹ کشور درحال توسعه متوسط شیوع کلی افکار خودکشی را ۱۵/۳ درصد گزارش کرده است (لیایو، وو، لیو، چو و رانگ، ۲۰۱۸). افکار خودکشی، گونه‌ای اشتغال فکری پیرامون مرگ است که هنوز جنبه‌ی عملی به خود نگرفته است (آندریسن، کریسینسکا، کولویز و بیولی، ۲۰۱۹). طبق آمارهای موجود، اقدام به خودکشی در دانشجویان از ۱/۸ تا ۳/۵ درصد و افکار خودکشی از ۶/۲ درصد تا ۴۲/۷ درصد بر اساس وضعیت تأهل و جنسیت متغیر بوده است (باختر و رضاییان، ۱۳۹۵). عوامل روانشناختی بسیاری زمینه را برای بروز افکار خودکشی دانشجویان

فراهم می‌کنند که در این رابطه، قدرتمندترین و محتمل‌ترین دلیل، افسردگی^۲ است (حسینی، جمشیدی، صدقی، جلالی و شمسی، ۱۳۹۸؛ وانگ و همکاران، ۲۰۱۹).

افسردگی، شایع‌ترین بیماری روانی است که بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در جهان از آن رنج می‌برند و یکی از عوامل مهم ناتوانی در زندگی فرد است (رایس و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال در حال حاضر چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می‌شود و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ پس از امراض قلبی، این بیماری به دومین بیماری شایع در جهان بدل شود (اونولی، اسوندسن، بورستین و مریکانگس، ۲۰۱۵). همچنین افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلالات عصب روان پزشکی است که امکان ابتلا به آن در طول عمر در حدود ۱۷ درصد است و تقریباً ۱۰ درصد از انسان‌ها در سراسر دنیا نیازمند درمان جدی آن هستند (هیرش و همکاران، ۲۰۱۸؛ به نقل از فروتن، احدی، عسکری، صاحبی و پیشقدم، ۱۳۹۹).

مطابق دیدگاه شناختی، اختلال افسردگی می‌تواند ناشی از فرآیندهای شناختی منفی باشد که در ایجاد و پایداری این اختلال نقش مهمی ایفا کند. اختلال در کارکردهای شناختی، مشخصه مهم اختلال افسردگی محسوب می‌شود (روسو، ماهون و بوردیک، ۲۰۱۵). در همین راستا، سادوک و سادوک (۲۰۱۷) ضمن مطالعه‌ای گزارش کردند که ۸۰ درصد از افراد اقدام‌کننده به خودکشی از اختلال افسردگی رنج می‌برند. در واقع، داشتن نشانه‌های افسردگی ممکن است سبب گرایش افراد به سمت رفتارهای پرخطر، مثل خودکشی شود (عماد و هادیان فرد، ۱۳۹۸). افسردگی عام‌ترین تشخیص در خودکشی‌های موفق است. در تمام طول دوران حملات افسردگی احتمال رفتارهای خودکشی وجود دارد (مک لولگین، گولد و مالونی، ۲۰۱۵). رابطه بین افسردگی و خودکشی به خوبی نشان داده شده است، بسیاری از پژوهشگران علائم افسردگی را پیش‌بینی‌کننده اصلی خودکشی در دانشجویان می‌دانند (مورینسون و هاپکینس، ۲۰۱۹، آقامحمدی، طباطبایی و دبیری، ۱۳۹۷، نعمتی سوگلی‌تپه، ۱۳۹۶).

یکی دیگر از موضوعات متأثر از شناخت، راهبردهای مقابله‌ای^۳ است؛ چنین به نظر می‌رسد که در فرآیندهای شناختی افراد اقدام

2. Depression

3. Coping strategies

1. Suicidal

مالی، آگاهی ندارند. خودکشی یکی از فوریت‌های روان‌پزشکی و از مسائل مهم روانی - اجتماعی به شمار می‌رود، که امروزه با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات در بیشتر جوامع رو به افزایش است. خودکشی عملی آگاهانه است که به مرگ فرد توسط خود منجر می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانش که خودکشی را بهترین راه‌حل برای مسئله خاص خود می‌داند (رجبی، رزوان و علی‌زاده، ۱۳۹۳؛ به نقل از باپیری، کلاتتری، نشاط‌دوست و عریضی، ۱۳۹۹). خودکشی به معنای آسیب رساندن به خود با هدف از بین بردن خویش است (بکر، ورسکی، هلدوی و لوب، ۲۰۱۸). پژوهش‌های مربوط به خودکشی دو پدیده مهم را بررسی می‌کند که شامل افکار خودکشی و اقدام به خودکشی می‌باشد (مورتیر، اورباک، النسو، اکسین، کوپرس و همکاران، ۲۰۱۸). افکار خودکشی طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در بر می‌گیرد (نم، ویلکاک، هیلمایر و دویلدر، ۲۰۱۸). خودکشی با خطرات قابل توجه، اقدامات چندگانه (پزشکی، روانشناختی، مددکاری اجتماعی و...)، افزایش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های درمانی، رنج و عذاب جوانان و خانواده او مرتبط است (هام و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، لزوم درمان این افراد به میزان بالایی احساس می‌شود. رویکردهایی مختلفی در مدیریت افکار رفتارهای خودکشی مورد توجه قرار گرفته‌اند. در این رابطه، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ (MBCT)، یکی از انواع روان‌درمانی است که شواهد پژوهشی نشان داده که نه تنها از کارایی بالایی برای افکار خودکشی برخوردار است، بلکه نسبت به دیگر انواع روان‌درمانی کوتاه‌مدت‌تر است (رج و همکاران، ۲۰۱۹). در این روش به بیماران آموزش داده می‌شود با دیدگاه وسیع‌تری افکار خود را زیر نظر بگیرند و رابطه‌ای نامتمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند. در روش ذهن‌آگاهی آنچه اهمیت دارد چگونگی احساس آزادی برای درک این موضوع است که بیشتر افکار، فقط افکار هستند و شیء یا واقعیت نیستند. عمل ساده بازشناسی افکار همان‌گونه که می‌تواند بیمار را از واقعیت تحریف‌شده آزاد سازد، اغلب باعث بینش بیشتر می‌شود و احساس کنترل بیشتر بر زندگی را برای بیمار به ارمغان می‌آورد (کرین، ۲۰۱۷). نتایج مطالعات نشان

کننده به خودکشی، تحریفات و خطاهایی صورت می‌گیرد که برخورد مؤثر و مناسب آنان با محیط و چالش‌های ایجادشده را با مشکل مواجه می‌کند (عماد و هادیان فرد، ۱۳۹۸). راهبردهای مقابله‌ای اشاره به روش‌هایی دارد که اشخاص در آن به بهره‌گیری از منابع سازگاری و راهکارهای مراقبتی، از خود در برابر تأثیرات منفی استرس محافظت می‌کنند (شائو، یانگ، زانگ، دئو و لی، ۲۰۱۹). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) معتقدند که راهبردهای مقابله‌ای به یکی از دو نوع کلی مقابله سازگارانه^۱ (مسئله‌مدار) و مقابله ناسازگارانه^۲ (هیجان‌مدار) تقسیم می‌شوند. راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار باعث سازگاری فرد با شرایط تازه می‌شود، اما راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار ممکن است در نهایت به مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس، منجر شود (به نقل از بالوق و همکاران، ۲۰۱۸). عوامل مختلفی در نوع راهبردهایی که افراد در برابر شرایط فشارزا به کار می‌برند دخیل هستند؛ در همین راستا مطالعات نشان داده‌اند که افرادی که از لحاظ افسردگی در سطح بالاتری قرار دارند بیشتر از شیوه‌های هیجان‌مدار اجتنابی استفاده می‌کنند (لی، پارک و سیم، ۲۰۱۸). همچنین، نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که افراد در معرض خطر خودکشی از راهبردهای کافی برای کنار آمدن با عوامل استرس‌زای زندگی و انعطاف‌پذیری آن آگاهی لازم را ندارند و در مواجهه با شرایط استرس‌زا از مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و مثبت استفاده نمی‌کنند (واقعی، سالارچی، رضایی اردانی، مظلوم و علیزاده، ۱۳۹۶؛ نعمتی سوگلی‌تپه، ۱۳۹۶؛ آوکیاگلو، کارانکی و سویگور، ۲۰۱۸). در مجموع، مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار نسبت به مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار برتری خواهند دارند، چراکه باعث کاهش مستقیم منبع تنش می‌شوند. در چنین شرایطی، اگر فرد نتواند با استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مناسب، تنیدگی را برطرف کند، فشار روانی مزمن می‌شود و به نتایج سوئی همچون خودکشی منجر می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۱۸). راسل و همکاران (۲۰۱۹) معتقدند که در میان افراد جامعه، قشر جوان از آسیب‌پذیری بالایی در برابر خودکشی برخوردارند؛ زیرا آنها از راهکارهای مقابله در هنگام رویارویی با استرس در مورد تحصیل، نگرانی‌های مربوط به روابط، مشکلات خانوادگی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب و نگرانی‌های

1. Adaptive coping

2. Incompatible coping

3. Mindfulness-based cognitive therapy

دریافت دارودرمانی یا مداخلات روان‌درمانی به صورت همزمان، میانگین سنی ۳۱-۱۹؛ نداشتن سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها (خودگزارشی)، داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش.

ملاک‌های خروج نیز شامل: عدم تمایل برای ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه. به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان خاطر در مورد محرمانه ماندن اطلاعات داده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ابزار

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای^۱ (WOCQ): این مقیاس توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۴ تهیه شده و شامل ۶۶ گویه است که هشت روش رویارویی را بررسی می‌کند. این الگوهای هشت گانه به دو دسته روش‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم شده که بر مبنای یک مقیاس درجه‌بندی شده صفر تا سه است. متغیرهای راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل: مقابله‌ی مستقیم، پرت کردن حواس، خویشتن داری، گریز - اجتناب و راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار شامل: طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل مسئله و ارزیابی مجدد مثبت می‌شوند. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، ثابت درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش گروس و تامپسون (۲۰۰۷) با استفاده از همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰ برآورد شد. وی به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای نیز از محاسبه همبستگی نمره‌های خام حاصل از این پرسشنامه با نمره‌های خام حاصل از پرسشنامه استرس لیونل استفاده نمود که نتایج نشان داد آزمون WOCQ از روایی همگرایی بالایی برخوردار است. همچنین نتایج روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس نشان داد که خرده مقیاس‌ها از ۱۰ عامل با بار عاملی بیش از ۰/۳ تشکیل شده است. در ایران، این مقیاس توسط حسن‌زاده، علی‌اکبری دهکردی و خمسه (۱۳۹۱) استفاده شده و برای آن روایی صوری، روایی ظاهری و روایی سازه و اعتبار مناسبی گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به

داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودکشی، علائم افسردگی و پرخاشگری (رَج و همکاران، ۲۰۱۹، هیث، کراسلی، دریگی، میلز و متلر، ۲۰۱۶، زمستانی و فاضلی نیکر، ۱۳۹۸، سبحانی، باباخانی و آل‌بویه، ۱۳۹۸، گودرزی، گل محمدی، بشیرگنبدی و صمدی، ۱۳۹۸، رستمی، فتحی و خیری، ۱۳۹۸) اثربخش است.

در مجموع، با توجه به اهمیت دانشجویان برای آینده یک جامعه، مشکلات و معضلات دوران دانشجویی، انتظارات افراد جامعه از دانشجویان، نیازها و انتظارات دانشجویان از یک سو و سیر صعودی میزان خودکشی و بروز آن، روی آوردن به افکار خودکشی، خطرات افکار خودکشی در دانشجویان از سوی دیگر، اهمیت متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای و افسردگی به عنوان پیش‌بینی کننده‌های قوی بروز افکار خودکشی در دانشجویان، ضرورت بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در این زمینه را آشکار می‌کند. از سویی دیگر، هر چند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کارایی بالایی از نظر میزان ماندگاری و تطابق‌پذیری در کاهش بسیاری از اختلال‌های روانشناختی در جمعیت‌های بالینی برخوردار بوده است، اما کمتر به بررسی اثربخشی آن در بین دانشجویان و افراد در معرض رفتارهای پرخطر، توجه شده است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبردهای مقابله‌ای، افکار خودکشی و افسردگی دانشجویان انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانشجویان کارشناسی دانشگاه پیام‌نور کرمانشاه در نیمسال دوم تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. روش انتخاب نمونه بدین صورت بود که از بین دانشکده‌های ادبیات و علوم انسانی و علوم پایه این دانشگاه، ۸ کلاس به روش نمونه‌گیری هدفمند و تست خودکشی بک در بین ۲۰۸ نفر از دانشجویان دختر و پسر توزیع شد. پس از جمع‌آوری کامل تست‌ها و نمره‌گذاری آنها، تعداد ۲۴ نفر (۱۱ دختر و ۱۳ پسر) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه یکسان ۱۲ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن افکار خودکشی، نداشتن اختلال‌های حاد روانشناختی و جسمانی قابل مشاهده، عدم

۱. Ways of Coping Questionnaire

سنی ۱۹ تا ۲۸، اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج به‌دست‌آمده، نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دونیمه ۰/۷۵ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ به‌دست آمد.

شیوه اجرا: پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی گروه آزمایش، هفته‌ای یک جلسه در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی اجرا شد؛ گروه کنترل در این فاصله آموزشی دریافت نکردند. خلاصه جلسات آموزشی بر اساس روش ارائه شده توسط ون سون، نیکلیک، پوپ و پاور (۲۰۱۱) در جدول ۱ ارائه شد.

روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴، به‌دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم^۱ (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده نسخه اول پرسشنامه افسردگی بک است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) و ۲۱ گویه دارد که بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از «صفر» (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا «۳» (افسردگی شدید) درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. نمرات برش این پرسشنامه در غیر افسرده‌ها (۰ تا ۱۳)؛ افسردگی خفیف (۱۴ تا ۱۹)؛ افسردگی متوسط (۲۰ تا ۲۸) و افسردگی شدید (۲۹-۶۳)، است. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶)، همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را، ۰/۹۳ گزارش داد. در پژوهش فتی، بیرشک، عاطف وحید و استغفان‌داسون (۱۳۸۴) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری، ضریب آلفا، ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه، ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به‌دست آمد.

پرسشنامه خودکشی بک^۲ (BSQ): این مقیاس را در سال ۱۹۷۹، بک برای سنجش مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته است. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ گویه است که بالین‌گر بر روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه‌بندی می‌کند. حداقل نمره (۰) و حداکثر (۳۸) است که نمره بالا به معنای مستعد بودن بالای فرد نسبت به خودکشی است. پنج گویه اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربال‌گری می‌کند و از این طریق مدت زمان اجرا را در افراد فاقد میل خودکشی کاهش می‌دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند، در مواد ۶-۱۹ درجه‌بندی می‌شوند. اعتبار و پایایی مقیاس خودکشی بک در پژوهش‌های گوناگون تأیید شده است. برای مثال بک، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد (بک و استیر، ۱۹۹۰). انیسی، فتیحی آشتیانی، سلیمی و احمدی نوده (۱۳۸۴) در پژوهشی بر روی ۱۰۰ نفر آزمودنی مذکر با دامنه

1. Beck Depression Questionnaire

2. Beck Suicide Questionnaire

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف منزل
۱	معرفی، آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی با مفاهیم آموزش ذهن آگاهی و لزوم آموزش ذهن آگاهی، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واریسی بدن و تنفس آگاهانه.	تمرین واریسی بدن
۲	رویارویی با موانع	مورد تکالیف هفته گذشته (انجام مراقبه واریسی بدن و بحث در مورد این تجربه)، موانع تمرین و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته.	تمرین ۱۵-۱۰ دقیقه ای مراقبت نشسته
۳	آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه	تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی، انجام تمرین های حرکات یوگا.	ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، تمرین هفت دقیقه ای «دیدن یا شنیدن»
۴	ماندن در زمان حال	مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها، افکار (که مراقبه نشسته چهاربعدی نیز نامیده می شود). آموزش نحوه ماندن در زمان حال، مفهوم به تمرکز توجه.	ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، تمرین تنفس و اجرای تمرین خانگی تن آرامی
۵	اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات)	مرور تکالیف هفته گذشته، تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگای.	ادامه تمرین هفت دقیقه ای «دیدن یا شنیدن»
۶	افکار حقایق نیستند	تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه های دوتایی، ارائه ی تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثرآ واقعی نیستند، استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن آگاهی.	تهیه ی فهرستی از فعالیت های لذت بخش
۷	چطور می توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم؟	مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود. ارائه تمرینی جهت تهیه لیستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت (غیرانتخابی).	نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آنها
۸	پذیرش و تغییر و جمع بندی جلسات	مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون ها.	تکرار تمرینات هفته قبل

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی گروه های آزمایش

متغیرها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دختر	۵	۴۱/۷	۶	۵۰/۰
پسر	۷	۵۸/۳	۶	۵۰/۰
مجرد	۷	۵۸/۳	۸	۶۶/۶
متاهل	۵	۴۱/۷	۴	۳۳/۴
۱۸ تا ۲۲ سال	۶	۵۰/۰	۵	۴۱/۷
۲۳ تا ۲۶ سال	۳	۲۵/۰	۴	۳۴/۳
۲۶ تا به بالا	۳	۲۵/۰	۳	۲۵/۰
۱ تا ۲ میلیون	۶	۵۰/۰	۷	۵۸/۳
۲ تا ۳ میلیون	۴	۳۴/۴	۴	۳۴/۳
۳ میلیون به بالا	۲	۱۶/۶	۱	۸/۴

گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره آماره شاپیرو - ویلک برای تمامی متغیرها معنی دار نمی باشد. لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است.

برای بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای مقابله ای، افسردگی و افکار خودکشی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس راهبردهای مقابله ای هیجان مدار ($F_{1, 22} = 0.317 > 0.05$ ، $p = 1/04$)، راهبردهای مقابله ای مسئله مدار ($F_{1, 22} = 2/26$ ، $p = 0/147 > 0.05$)، افسردگی ($F_{1, 22} = 1/59$ ، $p = 0/293 > 0.05$) و افکار خودکشی ($F_{1, 22} = 0/53$ ، $p = 0/472 > 0.05$) در گروه ها برابر است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون - پس آزمون راهبردهای مقابله ای با استرس، افسردگی و افکار خودکشی در

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (n= ۲۴)						
متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره شاپیرو-ویلک	p
هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۸۳	۲/۵۱	۰/۹۶	۰/۵۸
	پس‌آزمون	گواه	۲۴/۵۸	۲/۱۹	۰/۹۱	۰/۴۹
	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۰/۴۱	۲/۰۶	۰/۹۳	۰/۶۶
	پس‌آزمون	گواه	۲۴/۳۳	۲/۳۴	۰/۸۹	۰/۲۵
مسئله‌مدار	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۰۸	۲/۴۲	۰/۸۵	۰/۰۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۹/۵۸	۲/۳۹	۰/۹۴	۰/۶۴
	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۹۱	۱/۹۲	۰/۸۹	۰/۱۶
	پس‌آزمون	گواه	۲۱/۱۲	۳/۲۲	۰/۹۲	۰/۳۲
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۱/۰۸	۱/۴۴	۰/۸۷	۰/۳۱
	پس‌آزمون	گواه	۳۱/۳۳	۲/۳۸	۰/۹۵	۰/۳۸
	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۶/۸۳	۲/۴۰	۰/۹۱	۰/۰۷
	پس‌آزمون	گواه	۳۰/۵۸	۱/۸۶	۰/۹۳	۰/۳۱
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۷۵	۱/۲۱	۰/۸۶	۰/۰۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۳/۲۵	۱/۴۸	۰/۹۷	۰/۱۸
	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۹۱	۱/۷۲	۰/۹۲	۰/۲۰
	پس‌آزمون	گواه	۱۳/۱۶	۱/۵۸	۰/۸۳	۰/۳۲

ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۴).

نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($F= ۱/۲۴, p= ۰/۵۰۲ > ۰/۰۵$). (Box M= ۵۹/۲۳). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و افکار خودکشی دانشجویان نشان داد که رابطه بین آنها معنی‌دار است ($\chi^2= ۶۷/۳۸, df= ۳۵, p < ۰/۰۵$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون					
نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۲۲	۱۷/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷۸	۱۷/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱
آزمون اثر هتلینگ	۴/۶۲۸	۱۷/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۶۲۸	۱۷/۳۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱

با توجه به جدول ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و افکار خودکشی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۲ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از

اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه								
متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	خطای مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
هیجان‌مدار	۸۷/۷۱۷	۱	۵۲/۳۹۶	۸۷/۷۱۷	۲/۹۱۱	۳۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲
مسئله‌مدار	۲۱۰/۰۸۷	۱	۸۳/۳۲۸	۲۱۰/۰۸۷	۴/۶۲۹	۴۵/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱
افسردگی	۹۹/۹۶۲	۱	۸۶/۶۴۴	۹۹/۹۶۲	۴/۸۱۴	۲۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳
افکار خودکشی	۹۹/۲۸۱	۱	۴۵/۲۱۴	۹۹/۲۸۱	۲/۵۱۲	۳۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸

دهد و این فراشناخت، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد.

از این‌رو، آرامش جسمی و روانی در وی به وجود می‌آید و فرد کمتر در برابر شرایط تنش‌زا به‌صورت هیجان‌مدار و شتاب‌زده عمل کرده و به جای آن سعی در حل مسئله به وجود آمده با انتخاب بهترین راه‌حل می‌نماید. علاوه بر این، براساس متون ذهن‌آگاهی، افراد ذهن‌آگاه مسائل و رویدادها را قضاوت نمی‌کنند، صورت هستند، به رویدادها و مسائل پیش‌رو طوری نگاه می‌کنند که گویی برای نخستین‌بار با آنها رو به رو شده‌اند؛ به عبارت دیگر، به جای این که بی‌تفاوت نسبت به هر رویدادی بگذرند و یا بر اساس تجارب قبلی، واکنش زیادی از خود نشان بدهند، سعی می‌کنند که هر بار به رویدادها به شیوه‌ی جدید بنگرند؛ به خودشان و احساساتشان اعتماد دارند، خود را همان‌گونه که هستند می‌پذیرند و واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک می‌کنند، توانایی زیادی در مواجهه با انبوهی از تفکرات و هیجانات دارند، به رویدادها با تفکر و تأمل پاسخ می‌دهند و در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره، توانا تر هستند (شائو و همکاران، ۲۰۱۹، ون سون و همکاران، ۲۰۱۱).

از سویی دیگر، یافته‌های این مطالعه نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی دانشجویان تأثیر داشت. این یافته با نتایج مطالعات زمستانی و فاضلی نیکو (۱۳۹۸) و کرین (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد چگونه مهارت‌های عاداتی واقع در موتور مرکزی را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به‌طرف اهداف خنثی مانند تنفس یا حس لحظه متوجه کرده و شرایط را برای تغییر آماده نمایند (کرین، ۲۰۱۷). لذا به کار

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره F برای راهبردهای مقابله ای هیجان‌مدار (۳۰/۱۴)، راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار (۴۵/۳۸)، افسردگی (۲۰/۷۶) و افکار خودکشی (۳۹/۵۲) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۶۲ درصد از تغییرات راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، ۷۱ درصد از تغییرات راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، ۵۳ درصد از تغییرات افسردگی و ۶۸ درصد از تغییرات افکار خودکشی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، افسردگی و افکار خودکشی در دانشجویان شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبردهای مقابله‌ای، افسردگی و افکار خودکشی در دانشجویان انجام شد. نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود راهبرد مقابله مسئله‌مدار و کاهش راهبرد هیجان‌مدار دانشجویان تأثیر داشت. این یافته با نتایج مطالعات شائو و همکاران (۲۰۱۹) و بالوق و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی توجه کردن به حالات درونی فرد (مانند هیجان و شناخت) در یک حالت غیر قضاوتی و پذیرا است. رشد ذهن‌آگاهی در طی آموزش، افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عاداتی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند. همچنین، در نتیجه تشریح حالات خلقی و افزایش شناخت شرکت‌کنندگان از حالات درونی خویش، آنها را قادر ساخت تا پاسخ‌های عاداتی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند. در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و فرد وقایع غیرقابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و در نتیجه فعال شدن پاسخ‌های هیجان‌مدار کاهش می‌یابد. بنابراین می‌توان گفت، تمرینات ذهن‌آگاهی، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌

افسردگی دانشجویان شود تا آنها بتوانند با تعدیل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتد، در برابر حوادث و رویدادهای ناراحت‌کننده مقاوم‌تر شده و کمتر احساس ناامیدی و افسردگی کنند.

از طرفی دیگر، نتایج این پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودکشی دانشجویان تأثیر داشت. این یافته با نتایج مطالعات زمستانی و فاضلی نیکر (۱۳۹۸)؛ سبحانی و همکاران (۱۳۹۸)؛ گودرزی و همکاران (۱۳۹۸)؛ رج و همکاران (۲۰۱۹) و هیث و همکاران (۲۰۱۶)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که زندگی به شیوه ذهن‌آگاهانه باعث می‌شود که دانشجویان نسبت به خود، توانایی‌ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه از امیدواری و خوش‌بینی بیشتری در زندگی برخوردار باشند. افرادی که ذهن‌آگاهی در آنها بالا باشد، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگی‌های خودکار ذهنشان (به‌طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده) آشنایی پیدا می‌کنند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش می‌دهند که باعث می‌شود این افراد کمتر افکار خودآسیبی داشته باشند (زمستانی و فاضلی نیکر، ۱۳۹۸). در مقابل افرادی که ذهنی سرگردان دارند، توانایی واقع‌بینی را از دست می‌دهند و بیشتر نقاط ضعف و جنبه‌های تاریک زندگی را در نظر می‌گیرند و از هیجانات ناخوشایندی همچون افسردگی و اضطراب رنج می‌برند که در نهایت منجر به افکار خودکشی در آنها می‌شود. از نظر هیث و همکاران (۲۰۱۶) ذهن‌آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار پریشان، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو، می‌تواند نقش مهمی را در تنظیم رفتاری و کاهش افکار خودکشی ایفا کند. علاوه بر این، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پذیرش تجربه را بدون قضاوت و عدم تلاش برای سرکوبی تجربه، منعکس می‌کند که این امر می‌تواند باعث کاهش رفتار واکنشی افراد در مواقعی که با خودکشی روبه‌رو می‌شوند، و به آنها اجازه بدهند که افکار خودکشی را متوقف کنند. در واقع، می‌توان گفت که چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند و می‌تواند در تعدیل نمرات افکار

گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار می‌گیرند. از این دیدگاه شانس گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می‌یابد. همچنین، آموزش ذهن‌آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دل‌سوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد؛ می‌تواند باعث شود که فرد توانایی خود را بشناسد؛ با استرس‌های زندگی مقابله نماید؛ کمتر به درماندگی فکر کند؛ از نظر شغلی و تحصیلی موفق و سازنده بوده و به‌عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد؛ زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی آن است که افراد می‌آموزند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند (بالوق و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، می‌توان گفت در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن دائماً به سمت افکار ناراحت‌کننده و منفی گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم بیشتر غم و افسردگی می‌شود. در اصل، فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل افسردگی، ناشی از نشخوار فکری مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (روسو و همکاران، ۲۰۱۵)، این درحالی است که در این پژوهش، شرکت‌کنندگان با به کار بستن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی همچون؛ یوگای هشیارانه، بحث تفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین و مراقبه نشسته، آموختند تا بر احساسات، افکار و حالت‌های جسمانی خود کنترل بیشتری پیدا کنند و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رهایی یابند. از سویی دیگر، یکی از گذرگاه‌های اصلی اثرگذاری ذهن‌آگاهی بر افسردگی به نوعی ضدیت ذهن‌آگاهی با نشخوار است. به‌عبارت دیگر نشخوار که بیشتر متمرکز بر تجربه‌های ناخوشایند گذشته است و به ایجاد غم و افسردگی می‌انجامد، ممکن است در طی ذهن‌آگاهی که بر تجربه حالا و اکنون تأکید می‌کند، کاهش یابد. این جهت‌گیری متمایل به زمان حال در طی ذهن‌آگاهی با نشخوار؛ که بر شکست‌های گذشته، و نگرانی؛ که بر تهدیدهای آینده متمرکز است نوعی حالت ضد و نقیضی به وجود می‌آورد که در نهایت این مقابله و چالش با نشخوار، می‌تواند باعث کاهش

منابع

- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سیدحسین و احمدی نوده، خلدابخش (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۱۷(۱)، ۳۷-۳۳.
- آقامحمدی، مهدی؛ طباطبایی، سید سجاد و دبیری، سولماز (۱۳۹۷). نقش عامل‌های حمایتی و عامل‌های خطر در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان تهران بزرگ. *فصلنامه دانش‌انظامی پلیس پایتخت*، ۴(۳۷)، ۲۱-۴۱.
- بایبری، امیدعلی؛ کلانتری، مهرداد؛ نشاط دوست، حمید طاهر و عریضی، محمدرضا (۱۳۹۹). تدوین الگوی معنا در زندگی و مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر الگو با مفاهیم معناداری فرانکل بر ناامیدی و افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۴)، چاپ نشده.
- باختر، مرضیه و رضاییان، محسن (۱۳۹۵). شیوع افکار و اقدام به خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن در دانشجویان ایرانی: یک مطالعه مروری منظم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۵(۱۱)، ۱۰۶۱-۱۰۷۶.
- حسن زاده، پرستو؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز و خمسه، محمد ابراهیم (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۲۱(۲)، ۱۲-۲۱.
- حسینی، اعظم؛ جمشیدی، طیبه؛ صدقی، سارا؛ جلالی، محمدرضا و شمسی، فریماه (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS بر کاهش افکار خودکشی و افسردگی دختران. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۷(۳)، ۲۰۳-۱۹۲.
- رستمی، حسین؛ فتحی، ایت‌الله و خیری، ایاز (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش پرخاشگری و افزایش سلامت روانی سربازان. *مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۱۷(۱)، ۱۱۷-۱۰۹.
- زمستانی، مهدی و فاضلی نیکو، زهرا (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲(۱۱)، ۱۳۹-۱۱۹.
- سبحانی، الهه؛ باباخانی، نرگس و آل‌بویه، محمدرضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک کاهش درد، در زنان مبتلا به کم‌دردهای مزمن پس از زایمان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۳)، ۲۷۷-۲۶۶.

خودکشی دانشجویان تأثیر داشته باشد؛ زیرا از جنبه‌های مهم درمان های مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند؛ از این رو، بعد از پایان جلسات دانشجویان یاد گرفتند که وقایع مربوط به زندگی و محیط پیرامون را به صورت مثبت ارزیابی کنند و از قضاوت‌های منفی در مورد عدم سازگاری مقابله کنند؛ این امر موجب آنان کمتر افکار خودکشی را تجربه کنند. مطالعه حاضر مانند تمامی پژوهش‌ها یکسری محدودیت‌ها داشت که در تعمیم یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرد، در مطالعه حاضر از ابزارهای خود گزارش دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. علاوه بر این، در این پژوهش اثرات گروه درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفته است؛ این در حالی است که بهبود و تقویت عملکرد بیشتر در صورتی مشاهده خواهد شد که شرکت کنندگان نسبت به تمرین متعهد بوده و تمرینات ذهن‌آگاهی را به دقت پس از کارگاه ادامه دهند. با این حال باز هم کابالت‌زین (۲۰۰۳) معتقد است که حتی در طی خود درمان و بدون ادامه دادن تمرینات، توجه و تمرکز همه‌جانبه زندگی را فرا می‌گیرد و این مسئله ممکن است تا مدت‌ها باقی بماند. با توجه به یافته‌های این پژوهش برای افزایش راهبردهای مسئله‌مدار، کاهش افسردگی و افکار خودکشی گرا برای دانشجویان، درمانگران و سیاست‌گذاران حوزه دانشگاه و آموزش عالی لازم است کارگاه و همایش‌های در این جهت برگزار نمایند. همچنین، مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره دانشگاه‌ها نیز می‌بایست با پیگیری‌های درست و به موقع این افکار خودکشی را در دانشجویان شناسایی و درمان کنند. در انتها نیز به پژوهشگران علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌شود مطالعاتی کیفی در این زمینه انجام دهند تا اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پژوهش‌های پیشین با متغیرهای مختلف مورد بررسی و کنکاش قرار گیرد.

تضاد منافع: پژوهش حاضر بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی صورت گرفته است و نتایج آن برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد.

- and synovial tissue of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*, 20(1), 95-95.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *The Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, 2n ed*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becker, S.P., Dvorsky, M.R., Holdaway, A.S. & Luebbe, A.M. (2018). *Sleep problems and suicidal behaviors in college students*.
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gross, J.J. & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Heath, N.L., Carsley, D., De Riggi, M.E., Mills, D., & Mettler, J. (2016). The Relationship between Mindfulness, Depressive Symptoms and Non-Suicidal Self-Injury amongst Adolescents. *Arch Suicide Res*, 20(4), 635-49.
- Hom, M. A., Stanley, I. H., Chu, C., Sanabria, M. M., Christensen, K., Albury, E. A., & Joiner, T. E. (2019). A longitudinal study of psychological factors as mediators of the relationship between insomnia symptoms and suicidal ideation among young adults. *Journal of clinical sleep medicine*, 15(01), 55-63.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical psychological: Science & Practice*, 10(2), 144-156.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, J. H., Park, S., & Sim, M. (2018). Relationship between ways of coping and posttraumatic stress symptoms in firefighters compared to the general population in South Korea. *Psychiatry Research*, 270, 649-655.
- Liao, S. J., Wu, B. J., Liu, T. T., Chou, C. P., & Rong, J. R. (2018). Prevalence and characteristics of suicidal ideation among 2199 elderly inpatients with surgical or medical conditions in Taiwan. *BMC psychiatry*, 18(1), 397.
- McLoughlin, A.B., Gould, M.S., & Malone, K.M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM* 2015:hcv026. Fortune SA, Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 17(11), 443-447.
- Morrison, K. S., & Hopkins, R. (2019). Cultural identity, Africultural coping strategies, and depression as predictors of suicidal ideations and attempts among African American female college students. *Journal of Black psychology*, 45(1), 3-25.
- Mortier, P., Auerbach, R.P., Alonso, J., Axinn, W.G., Cuijpers, P. & et al. (2018). Suicidal thoughts and behaviors among college students and same-aged peers: results from the World Health Organization
- عماد، یاسمن و هادیان فرد، حبیب (۱۳۹۸). پیش‌بینی گرایش به خودکشی بر مبنای جنسیت، وضعیت تأهل، راهبردهای مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و میزان افسردگی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵ (۲)، ۱۹۳-۱۷۸.
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم و استفان دابسون، کیت (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱ (۲)، ۳۲۶-۲۱۲.
- فروتن، محمدرضا؛ احدی، حسن؛ عسکری، پرویز؛ صاحبی، علی و پیشقدم، کاوه (۱۳۹۹). اثربخشی نمایش آهنگین شعر بر افسردگی و سرمایه‌ی روانشناختی افراد افسرده‌ی دیستیمیک (افراد افسرده‌خو). *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۹ (۸۵)، ۷۹-۷۱.
- گودرزی، امیرحسین؛ گل‌محمدی، علی‌اکبر؛ بشیرگنبدی، سپیده و صمدی، ساره (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افکار خودکشی و پرخاشگری در سربازان وظیفه. *نشریه علمی طب انتظامی*، ۷ (۴)، ۱۴۷-۱۵۲.
- نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه (۱۳۹۶). پیش‌بینی افکار خودکشی دانشجویان بر اساس افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۲ (۴۵)، ۲۸۰-۲۵۵.
- واقعی، سعید؛ سالارحاجی، اعظم؛ رضایی اردانی، امیر؛ مظلوم، سیدرضا و عزیززاده، فرزانه (۱۳۹۶). ارتباط خود‌متمایزسازی با راهبردهای مقابله با استرس و خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۱۵ (۱)، ۲۵-۱۷.
- Andriessen, K., Krysinska, K., Kölves, K., & Reavley, N. (2019). Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 10, 2677.
- Avcıoğlu, M.M., Karanci, A.N., & Soygur, H. (2019). What is related to the well-being of the siblings of patients with schizophrenia: An evaluation within the Lazarus and Folkman's Transactional Stress and Coping Model. *Int J Soc Psychiatry*, 65(3), 252-261.
- Avenevoli, S., Swendsen, J.P., Burstein, M., & Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey adolescent supplement: prevalence, correlates and treatment. *Journal American Academic Children Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44.
- Balogh, E., Veale, D. J., McGarry, T., Orr, C., Szekanez, Z., Ng, C. T., & Biniacka, M. (2018). Oxidative stress impairs energy metabolism in primary cells

- World Mental Health Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(3), 279-288.
- Nam, B., Wilcox, H.C., Hilimire, M. & DeVlyder, J.E. (2018). Perceived need for care and mental health service utilization among college students with suicidal ideation. *Journal of American College Health*, 31, 1-8.
- 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.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D.J., Thapar, A.K. & Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243(15), 175-181.
- Russell, K., Allan, S., Beattie, L., Bohan, J., MacMahon, K., & Rasmussen, S. (2019). Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review. *Sleep medicine reviews*, 44, 58-69.
- Russo, M., Mahon, K. and Burdick, K.E. (2015). Measuring cognitive function in MDD: Emerging assessment tools. *Journal Depression and Anxiety*, 32(4), 262- 269.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2017). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry*. 10th Editi Lippincott Williams & Wilkins.
- Shao, J., Yang, H., Zhang, Q., Du, W., & Lei, H. (2019). Commonalities and Differences in Psychological Adjustment to Chronic Illnesses Among Older Adults: a Comparative Study Based on the Stress and Coping Paradigm. *International journal of behavioral medicine*, 26(2), 143-153.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-base intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(1), 131-133.
- Wang, M., Kou, C., Bai, W., Song, Y., Liu, X., Yu, W., & Li, W. (2019). Prevalence and correlates of suicidal ideation among college students: a mental health survey in Jilin Province, China. *Journal of affective disorders*, 246, 166-173.
- Wilcox, H. C. Arria, A. M. Caldeira, K. M. Vincent, K. B. Pinchevsky, G. M. & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 287-294.
- World Health Organization. (2019). *Driving progress towards rabies elimination: results of Gavi's learning agenda on rabies and new WHO position on rabies immunization*. meeting report 1-3 May 2018, Kathmandu, Nepal (No. WHO/CDS/NTD/NZD/2019.01). World Health Organization.