

اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۸

خلاصه

مقدمه

افسردگی به عنوان اختلال روانی رایج، سلامت هیجانی و اجتماعی مبتلایان را تهدید می‌کند. بر این اساس هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی است.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه مورد مطالعه شامل زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی منطقه دو شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ می‌باشد که در این مطالعه ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی به روش نمونه گیری داوطلبانه و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت دو ماه تحت آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی (۸ جلسه) قرار گرفت. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه سلامت اجتماعی می‌باشد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر افسردگی ($F=۳/۳۸$) و سلامت اجتماعی ($F=۲۰۲/۳۹$; $P<۰/۰۰۱$; $\eta^2=۰/۸۸$) زنان مبتلا به افسردگی تأثیر معناداری داشته است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی با تمرکز بر تکنیک‌های نگرش ذهن آگاهانه، فعالیت‌های ذهن آگاهانه، پرداختن به احساسات و هیجانات مشکل ساز و تمرینات تنفس برای مدیریت خشم می‌تواند، می‌تواند به عنوان روشی موثر در جهت کاهش افسردگی و بهبود سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی، افسردگی، سلامت اجتماعی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فرشته امینی^۱

مرجان جعفری روشن^{۲*}

لیدا لیل آبادی^۳

^۱دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه

روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران.

^۲استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email:

marjan.jafariroshan@gmail.com

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از اختلالات‌های روانی شایع و از مهم‌ترین انواع اختلالات خلقی است که میزان وقوع آن در طول عمر حدود پانزده درصد است. افسردگی به عنوان حالت خلقی بهنجار، تجربه‌ای متداول است، اما در حالت نابهنجار جزو اختلالات روان‌پزشکی است (گولد^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دوهفته‌ای است که در ضمن آن در همه فعالیت‌ها خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً وجود دارد (چاترچی و هیسه^۳، ۲۰۲۱). همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت‌های روانی- حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری، افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (مجد، ساندرس و اینگلد^۴، ۲۰۲۰). افسردگی حالتی از خلق است که با کاهش عزت نفس، احساس بی‌کفایتی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است (لی‌مولت و گوتلیب^۵؛ ۲۰۱۹). افسردگی اختلالی همه‌گیر است که بسیاری از افراد در زمانی از زندگی خود ممکن است به آن دچار شوند. اما شیوع این اختلال در زنان بیشتر از مردان است (صدیقی، طوسی و خدیوی، ۱۴۰۰). علائم اصلی افسردگی، غمگینی شدید و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذت است. وقتی که اشخاص، دچار اختلال افسردگی می‌شوند، ممکن است صدای سرزنش خود در ذهنشان طنین انداز شود (آشایی، هورویتر و چرنی^۶؛ ۲۰۱۹). ممکن است توجه خود را بر عیوب و کاستی‌هایشان متمرکز کنند. آن‌ها اغلب با دید بسیار منفی به اوضاع می‌نگرند و مستعد از دست دادن امید هستند (چنگیزی، آزموده، لیوارجانی، واحدی، ۱۴۰۰). برحسب مطالعات گفته می‌شود که ۲۰ درصد جامعه ایران افسرده هستند. مطالعه ملی، بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران نشان می‌دهد که بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی، بزرگترین مشکل سلامت در ایران است. به طوری که بر اساس مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی در کشور به شمار می‌رود و مهم است بدانیم که کدام گروه از جامعه جزء نخستین افسرده‌ها قرار می‌گیرند تا در اولویت سیاست‌های بهداشتی و اجتماعی کشور باشد. بر همین اساس و به دلیل شیوع نسبتاً بالای افسردگی و بار قابل توجه بیماری برای فرد، نظام سلامت و جامعه؛ می‌بایست مطالعات بسیار گسترده‌ای برای اتخاذ پیشگیری، روش‌های درمانی مناسب و مدیریت بیماری انجام نمود (اسکندری، گاطع زاده، برجعلی، سهراب، فرخی، ۱۳۹۶). افسردگی

هنگامی به یک مشکل جدی تبدیل می‌شود که بعد از گذشت هفته‌ها هیچ بهبودی در وضعیت روانی فرد مشاهده نشود. در چنین شرایطی باید برای درمان افسردگی اقدام کرد. حتی افسردگی شدید نیز هر چند سخت، اما به طور کامل قابل درمان است (تونسند^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). به تازگی، به ویژه در کشورهای توسعه یافته، رابطه میان سبک زندگی افراد و بیماری‌های روانی گوناگون از جمله افسردگی و بالعکس توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. به عنوان مثال یافته‌های المر و استفلد^۸ (۲۰۲۰) نشان داد که نشانه‌های افسردگی می‌تواند به انزوای اجتماعی در تعاملات چهره به چهره بیانجامد. در این راستا یکی از محورهای ارزیابی سلامت روانی و اجتماعی افراد مبتلا به افسردگی، سلامت اجتماعی^۹ آنان است (گاطع زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت به آن توجه شده و جنبه اجتماعی سلامت را با محور قرار دادن فرد بررسی می‌کند. سلامت اجتماعی، عبارت از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران می‌باشد. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند، سهم می‌داند (کونگا، ماسیه و کریگیا^{۱۰}؛ ۲۰۲۲). پژوهشگران سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست، تعریف کرده و معتقدند سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سازد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند. افرادی که پذیرش اجتماعی خوبی دارند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران اعتماد دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند (جو، پارک و سونگ^{۱۱}؛ ۲۰۲۰). در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. عوامل متعددی روی سلامت اجتماعی تاثیر دارند. انتخاب نوع سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با آن، نه تنها نقشی اساسی در سلامت افراد دارد، بلکه می‌تواند بر عملکرد، بهزیستی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها مؤثر باشد (شعبان و قویدل، ۱۴۰۰). سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود مثلاً ب عنوان همسایه، همکار و همشهری خوب عمل می‌کنند (ابراهیم‌پور، حبیب‌زاده و افخمی بناتم، ۱۴۰۰). فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی

7. Townsend

8. Elmer, Stadtfeld

9. Social Health

1. Kaonga, Masiye, Kirigia

1. Cho, Park, Song

1. depression

2. Gold

3. Chatterji, Heise

4. Majd, Saunders, England

5. LeMoult, Gotlib

6. Ashaie, Hurwitz, Cherney

فرانسوی نشان دادند افرادی که ذهن‌آگاهی بالاتری داشتند، علائم افسردگی کمتری نشان دادند. نتیجه پژوهش جهانسن، نیسن، لاندورف و اوتول^۶ (۲۰۲۲) نیز گویای تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی نوجوانان بود. همچنین نتایج مطالعه سیمونسون، بازین، فیشر و گلدبرگ^۷ (۲۰۲۱) حاکی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب، افسردگی و نگرش ناکارآمد دانشجویان افسرده بوده است. طباطبایی (۱۴۰۰) در پژوهشی تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر مهارت‌های اجتماعی و همدلی عاطفی و شناختی دانش‌آموزان تیزهوش مبتلا به افسردگی غیربالینی را نشان داد. همچنین؛ صدیقی، صفاریان طوسی، خدیوی (۱۴۰۰) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی زنان مطلقه؛ چنگیزی، آزموده، لیوارجانی و واحدی (۱۴۰۰) اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی، در دانش‌آموزان دارای نشانگان افسردگی؛ رحمانیان، علیپور و مختاری (۱۴۰۰) اثربخشی برنامه آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی؛ ایزدآبادی، بلوردی و ایمانی گوغری (۱۳۹۹) اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی را بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران؛ حاتم پور، مصطفایی و سهرابی (۱۳۹۹) اثربخشی برنامه آموزشی ذهن‌آگاهی را بر استرس ادراک شده، حساسیت اضطرابی و علائم اضطرابی در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال اضطرابی اجتماعی؛ و طاهری‌فرد و میکائیلی (۱۳۹۸) اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت را بر کاهش اضطراب اجتماعی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی مورد بررسی و تایید قرار داده‌اند.

برای ضرورت انجام این مطالعه باید گفت که امروزه سلامت و رفاه اجتماعی زنان که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روزافزون یافته است. زنان مدیر خانواده و سلامت آنان اساس خانواده و پیش شرط توسعه است. انسان‌های سالم، محور توسعه پایدار هستند و زنان پرورش دهندگان انسان‌های سالم و بی‌توجهی به سلامت زنان می‌تواند سبب مشکلات پایدار در شیوه زندگی و سلامت نسل‌های بعدی شود. از سویی دیگر، همه انسان‌ها در مقطعی از زندگی خود احساس افسردگی می‌کنند و معمولاً علت آن را به رویدادهای مشخصی ربط می‌دهند، اما گاهی افسردگی آن قدر شدید و یا آن قدر با رویدادها و موقعیت‌های نامناسب همراه می‌شود و یا آن قدر با رویدادها و موقعیت‌های نامناسب همراه می‌شود که برای فرد ایجاد مشکل می‌کند

دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند (صمدی‌فرد و میکائیلی، ۱۴۰۰).

در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده است. روش‌های درمانی نیز بر اساس نظریه‌های موجود ایجاد شده‌اند. افسردگی از دیدگاه‌های زیست‌شناختی، روان‌تحلیلی، شناختی رفتاری و نظریه‌های سیستمی مورد بررسی قرار گرفته است. متناسب با سبب شناسی این اختلال، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. بنا بر آنچه گفته شد؛ یکی از درمان‌های افسردگی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی^۱ می‌باشد. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در رابطه با کاهش اضطراب و استرس، دردهای مزمن، افسردگی، وسواس و افزایش بهزیستی، کارکردهای روان‌شناختی سودمند واقع شده است (سونگ، لیند کوئیست؛ ۲۰۱۵). ذهن‌آگاهی توجه فرد را بر تجربه‌های درونی بیرونی زمان حال متمرکز کرده و باعث پذیرش رویدادها بدون تغییر آنها می‌شود و شامل توجه کردن به شیوه‌ای خاص و هدفمند در زمان حال بدون پیش داوری و قضاوت می‌باشد (آرمسترانگ؛ ۲۰۱۹). در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد ترغیب می‌شوند تا به تجربیات درونی خود در هر لحظه، حس‌های بردنی، افکار و احساس‌ها و همچنین به جنبه‌ای محیطی مانند مناظر و صداها توجه کنند. طی این نوع درمان، در افراد این نگرش به وجود می‌آید که نسبت به امور پذیرش بدون قضاوت داشته باشند، یعنی ایجاد آگاهی نسبت به ادراک‌ها، شناخت‌ها، هیجان‌ها یا احساس‌ها بدون این که نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم بودن، مهم بودن یا نبودن آنها قضاوت و ارزیابی شود (گیل^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع، تمرین‌ها و فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به فرد کمک می‌کند نسبت به فعالیت‌های روزانه خود و همچنین به کارکرد خودکار ذهن در گذشته و آینده آگاهی پیدا کرده و به واسطه آگاهی که لحظه به لحظه نسبت به افکار خود دارد، آنها را کنترل کند (شاپیرو و همکاران، ۲۰۱۸).

برخی مطالعات حاکی از آن است که ذهن‌آگاهی در بهبود علائم افسردگی و اضطراب بیماران تأثیر بسزایی داشته است. ماسون، میل، شاو و آدامز^۳ (۲۰۱۸) در پژوهشی با هدف بررسی پیامدهای ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند که یکی از پیامدهای مهم، بهبود علائم اضطراب و افسردگی است. گایوت^۴ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با هدف ارتباط ذهن‌آگاهی، سندروم متابولیک و علائم افسردگی در یک جامعه ۱۷۴۹۰ نفری از بزرگسالان

6. Mason, Meal, Shaw, Adams

7. Guyot

8. Johannsen, Nissen, Lundorff, O'Toole

9. Simonsson, Bazin, Fisher, Goldberg

1. mindfulness skills training

2. Song, Lindquist

3. Armstrong

4. Gill

5. Shapero

اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به اعضای هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۳۰ تا ۴۵ سال، عدم مصرف داروی روانپزشکی، حداقل داشتن تحصیلات مقطع راهنمایی، عدم وجود بیماری جسمی دیگر، تمایل به شرکت در پژوهش به شکل داوطلبانه بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، مصرف داروی روان پزشکی، عدم انجام تکالیف خواسته شده، بروز حوادث پیش بینی نشده و عدم پاسخگویی به پرسشنامه های پژوهش در یکی از مراحل پیش آزمون، پس آزمون و یا پیگیری بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی (DQ): نسخه قطعی پرسشنامه افسردگی توسط بک، اپستین، براون و استیر آدر سال ۱۹۹۶ تهیه شد. این پرسشنامه در مجموع شامل ۲۱ گویه مربوط به علائم مختلف افسردگی است که افراد باید در مقیاس چهار درجه ای از صفر تا سه به آنها پاسخ دهند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر ۶۳ می باشد که با جمع نمرات فردی در هر ماده، امتیاز فرد به طور مستقیم به دست می آید. نمرات زیر ممکن است برای نشان دادن سطح کلی افسردگی استفاده شود: بدون یا حداقل افسردگی (نمرات ۰ تا ۱۳)، افسردگی خفیف (نمرات ۱۴ تا ۱۹)، افسردگی متوسط (نمرات ۲۰ تا ۲۸)، و افسردگی اساسی (نمرات ۲۹ تا ۶۳). گزارش بک و همکاران (۱۹۹۶) روایی همزمان این پرسشنامه را ۰/۷۹، گزارش و اعتبار آن را ۰/۶۷، مجدداً مورد آزمایش قرار داد. همچنین ضریب بازآزمایی برای بیماران روانپزشکی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ است (به نقل از فتحی، حاتمی و رزانه، اصلی آزاد و فرهادی، ۱۳۹۵). گودرزی (۱۳۸۵) اعتبار پرسشنامه بک را با محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب روایی به دست آمده از روش پیکربندی ۰/۷۰ به دست آورد. بر اساس گزارش گودرزی، ضریب همبستگی بین سوالات فرم ۱۳ و فرم ۰/۷۴۲۱ است که نشان دهنده اعتبار پرسشنامه برای استفاده در ایران است (به نقل از رئیسیان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه در این پژوهش با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی (SHQ): پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط کیز^۳ (۲۰۰۴) تدوین شده است. دارای ۲۰ سوال بوده و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد در زمینه های سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است. طیف پاسخگویی به سوالات این پرسشنامه از نوع لیکرت است. بدین صورت که پاسخ های آزمودنی ها در دامنه ای بین کاملاً مخالف: نمره ۱ تا کاملاً موافق: نمره ۵ قرار می گیرد.

و اینجاست که اختلال افسردگی شکل می گیرد. به واسطه این اختلال، انسان علاقه و نیروی خود را در اکثر کارها از دست می دهد و احساس گناه، مشکلات تفکر و تصمیم گیری در او غلب می شود و به مرور افکار خودکشی و اقدام به آن شکل می گیرد. دقت در چنین مفاهیم و فرایندی توجه به وضعیت روانی افراد بسیار ضروری به نظر می رسد. علاوه بر این، افسردگی به آسیب های روانی و عاطفی دیگری نیز منجر می شود، زیرا افسردگی اختلالی است که سایر فرآیندهای روانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی را تحت تاثیر قرار می دهد. بنابراین استفاده از مداخلات روان شناختی برای این گروه از افراد کاملاً ضروری به نظر می رسد. زیرا مداخله به موقع از آسیب های روانی و عاطفی مرتبط با این فرآیند پیشگیری و درمان می کند و در نهایت می تواند زنان مبتلا به اختلال افسردگی را به یک زندگی عادی خانوادگی و اجتماعی سوق دهد. اکنون با توجه به وجود اختلالات شناختی، روانی-هیجانی و هیجانی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی و از طرف دیگر با توجه به اثربخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی در کاهش اختلالات شناختی، روانی-عاطفی و هیجانی افراد مختلف و عدم انجام تحقیقات مشابه، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی بود.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه مورد مطالعه شامل زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی منطقه دو شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بود. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه گیری غیرتصادفی داوطلبانه و هدفمند (با توجه به ملاک های ورود و خروج) استفاده شد. بدین صورت که زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی منطقه دو شهر تهران که توسط روان شناس و روان پزشک این مراکز مورد بررسی بالینی و تشخیص افسردگی دریافت کرده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس برای اطمینان خاطر محقق، پرسشنامه افسردگی در اختیار این افراد قرار گرفت و پس از اطمینان از وجود اختلال افسردگی در این افراد، ۳۰ زن به طور داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. در مرحله بعد، آزمودنی های گروه آزمایش به مدت دو ماه تحت آموزش مهارت های ذهن آگاهی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) قرار گرفتند، در حالی که گروه گواه این مداخلات را در طول فرآیند پژوهش دریافت نکردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان مبتلا به افسردگی برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم چنین به زنان مبتلا به افسردگی حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از

3. Social Health Questionnaire

4. Keyes

1. Depression Questionnaire

2. Beck, Epstein, Brown, Steer

روند اجرای پژوهش

به منظور انجام پژوهش ابتدا با مسئولین مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی منطقه دو شهر تهران هماهنگی صورت گرفت. سپس با مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مشخص شده، زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به این مراکز (به تشخیص روانپزشک و روان‌شناس) جهت شرکت در مطالعه شناسایی شدند. در این بین، پرسشنامه افسردگی توسط محقق نیز انجام شد. سپس با رضایت کتبی زنان مبتلا به افسردگی و انتساب تصادفی آنها به دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهشی انجام شد. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه گروهی انجام شد، در حالی که زنان حاضر در گروه گواه مداخلات این پژوهش را دریافت نکرده و به روند دریافت خدمات مشاوره‌ای خود در این مراکز ادامه دادند. پس از دوره‌ای یک ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. لازم به ذکر است که مداخله پژوهش حاضر در محیطی ایمن و با رعایت تمام پروتکل‌های بهداشتی اجرا شد.

بالاترین نمره این پرسشنامه ۱۰۰ و کمترین نمره ۲۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بیشتر فرد است. البته این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ معکوس می‌شود. در پژوهش کبیز (۲۰۰۴) میزان روایی سازه این پرسشنامه مطلوب و به میزان ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین این پژوهشگر میزان پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده است. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۷۸ است که نشان می‌داد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است (باباپور و طوس، ۱۳۸۸). در پژوهش اهری (۱۳۹۲) روایی سازه و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و همچنین پایانی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد (صبوری، ۱۳۹۸). پایایی پرسشنامه در این پژوهش با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و شرح محتوای جلسات

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط، توضیح قواعد و قوانین جلسات
دوم	بحث درباره آگاهی بیشتر از احساسات، افکار لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه، انجام تمرین کشمش‌ها و واریسی بدن و تمرین مهارت‌های «چه» و «چگونه»، تعیین تکلیف‌های ذهن آگاهانه برای انجام در فاصله ی بین جلسات
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توجه به احساسات، افکار و گسترش پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، تمرین گوش دادن بدون قضاوت و رل پلی بین اعضا
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند، تمرین تنفس، تمرین قدم زدن آگاهانه و تعیین تکلیف خانگی شامل تنفس، مراقبه نشسته، مراقبه قدم زدن
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی، آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی، تمرین بارومتر جسمانی، خواندن جدول تجارب ناخوشایند هر کدام از اعضا و ارتباط آن با احساسات، بازخورد به مشکلات مراجعان در انجام تکلیف، تمرین نیمه راه
ششم	تمرین تغییر عادات قدیمی فکر کردن و بالا بردن قدرت پذیرش امور ناخواسته، انجام تمرین مراقبه، تمرین تماس چشمی و ارتباط سازنده و مبتنی بر پذیرش بین اعضا، تمرکز بر اینجا و اکنون و تمرین رهایی ذهن، تعیین تکلیف خانگی
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آگاهی از تغییرات جزئی خلق، و احساسات بدنی خود (تهیه امضاء مارپیچ و برنامه عمل)، بازخورد و رفع ایرادات مراجعان در انجام تمرین‌ها
هشتم	بحث گروهی در مورد احساسات اعضا به پایان جلسات، مروری بر تغییرات انجام شده و ابعاد ذهن آگاهی، برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی، تعمیم آنها به کل جریان زندگی، گفت و گو در مورد
	عود

بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی برای بررسی

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت

فرضیه پژوهش استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در مطالعه حاضر ۳۰ نفر از کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک های روانشناسی، روانپزشکی منطقه دو تهران در دو گروه مداخله و گواه (هر گروه ۱۵) شرکت کردند؛ سن شرکت کنندگان در گروه مداخله ۲۷-۳۳ سال (۲۰ درصد)، ۳۴-۴۰ سال (۶۶/۷ درصد) و ۴۱-۴۷ سال (۱۳/۳ درصد) و در گروه گواه ۲۷-۳۳ سال (۱۳/۳ درصد)، ۳۴-۴۰ سال (۶۶/۷ درصد) و ۴۱-۴۷ سال (۲۰ درصد) را داشتند. هم چنین سطح تحصیلات

شرکت کنندگان در گروه مداخله دیپلم و زیردیپلم (۲۶/۷ درصد)، لیسانس (۴۶/۶ درصد) و فوق لیسانس و بالاتر (۲۶/۷ درصد) و در گروه گواه دیپلم و زیردیپلم (۳۳/۳ درصد)، لیسانس (۳۳/۳ درصد) و فوق لیسانس و بالاتر (۳۳/۳ درصد) بود. نتایج آزمون خی دو جهت بررسی همگونی بین گروه‌های مداخله و گواه نشان داد که در متغیر سن ($P=0/632$) و سطح تحصیلات ($P=0/904$) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد و گروه‌ها از نظر این متغیرها همگون می‌باشند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و سلامت اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه ها	گروه ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	گروه آزمایش	۳۲/۱۳	۳/۱۵	۲۸/۵۳	۲/۷۴	۲۹/۴۰
	گروه گواه	۳۲/۷۳	۳/۹۵	۳۱/۹۳	۳/۹۱	۳/۰۸
سلامت	گروه آزمایش	۴۷/۷۳	۲/۷۶	۷۳/۲۶	۳/۲۶	۷۳/۰۶
	گروه گواه	۴۸/۸۰	۲/۷۵	۵۱/۱۳	۲/۵۵	۴۹/۸۶

نتایج جدول توصیفی نشان داد که میانگین متغیر افسردگی زنان مبتلا به افسردگی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش و میانگین نمرات سلامت اجتماعی بهبود یافته است. اما معناداری این تغییر در ادامه توسط تحلیل واریانس آمیخته مورد بررسی قرار گرفته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی در

گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p>0/05$). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی رعایت شده است ($p>0/05$). در نهایت پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p>0/05$).

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	مراحل	۷۹/۰۲۲	۲	۳۹/۵۱۱	۸/۳۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	گروه‌بندی	۱۱۳/۳۴۴	۱	۱۱۳/۳۴۴	۴/۴۲۶	۰/۰۴۵	۰/۵۳
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۳۲/۰۸۹	۲	۱۶/۰۴۴	۳/۳۸۳	۰/۰۴۱	۰/۶۲
خطا	۲۶۵/۵۵۶	۵۶	۴/۷۴۲				
سلامت	مراحل	۳۶۸۹/۱۵۶	۲	۱۸۴۴/۵۷۸	۲۶۴/۷۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۱
	گروه‌بندی	۴۸۹۸/۸۴۴	۱	۴۸۹۸/۸۴۴	۳۸۲/۶۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۳
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲۸۲۰/۶۲۲	۲	۱۴۱۰/۳۱۱	۲۰۲/۳۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۸
خطا	۳۹۰/۲۲۲	۵۶	۶/۹۶۸				

تعاملی بین زمان و گروه برای تمامی متغیرهای پژوهش معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. بنابراین تأثیر عامل زمان را در گروه‌های مداخله و گواه به شکل جداگانه بررسی می‌کنیم (جدول ۴ و ۵).

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، تأثیر گروه بر متغیر افسردگی و سلامت اجتماعی معنادار است. بنابراین می‌توان بیان کرد بین میانگین نمرات ذکر شده بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. تأثیر زمان بر تمامی متغیرهای پژوهش معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که چشم‌پوشی کردن از گروه مداخله در سه موقعیت پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. هم‌چنین اثر

جدول ۴. یافته‌های مربوط به آزمون مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و گواه

متغیر	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
افسردگی	پیش‌آزمون	-۰/۶۰۰	۱/۳۰۷	۰/۶۵۰
	پس‌آزمون	-۳/۴۰۰*	۱/۲۳۶	۰/۰۱۰
	پیگیری	-۲/۷۳۳*	۱/۲۰۲	۰/۰۳۱
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	-۱/۰۶۷	۱/۰۰۸	۰/۲۹۹
	پس‌آزمون	۲۲/۱۳۳*	۱/۰۷۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۳/۲۰۰*	۱/۱۸۵	<۰/۰۰۱

افسردگی در گروه مداخله نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری و میانگین نمره متغیر سلامت اجتماعی افزایش بیشتری داشته است. نتایج نشان داد، در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله و گواه در متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی وجود داشت. به‌طوری‌که بعد از مداخله میانگین نمره افسردگی در گروه مداخله نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری و میانگین نمره متغیر سلامت اجتماعی افزایش بیشتری داشته است.

با توجه به جدول ۴ در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله و گواه از لحاظ متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی مشاهده نشد ($P > 0/05$). بنابراین دو گروه در مرحله پیش‌آزمون از لحاظ این متغیرها همگن بودند. هم‌چنین نتایج نشان داد، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله و گواه در متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی وجود داشت. به‌طوری‌که بعد از مداخله میانگین نمره

جدول ۵. یافته‌های مربوط به آزمون مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در عامل زمان

متغیر	مراحل	مهارت‌های ذهن‌آگاهی	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۳/۶۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۷۳۳*	۰/۰۳۸
	پس‌آزمون	-۰/۸۶۷	۰/۶۶۲
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	-۲۵/۵۳۳*	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۲۵/۳۳۳*	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۲۰۰	۱

* $P < 0/05$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی بود. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی تأثیر معناداری داشته و توانسته است افسردگی این افراد را کاهش و سلامت اجتماعی آنان را بهبود بخشد. اولین یافته پژوهش در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان مبتلا به افسردگی با نتایج پژوهش پیشین همسویی داشت. چنانکه ماسون و

نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در گروه آموزشی مهارت‌های ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در افسردگی و سلامت اجتماعی در زنان دارای افسردگی وجود دارد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون کاهش معنادار و این کاهش تا مرحله پیگیری تداوم داشته است، هم‌چنین میانگین نمرات سلامت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون در هم‌سنجی با پیش‌آزمون افزایش معنادار و این افزایش تا مرحله پیگیری تداوم داشته است.

خود، نتوانند با مشکلات حاصل از پردازش‌های شناختی و هیجانی ناکارآمد کنار بیایند. بر این اساس آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی با بکارگیری تکنیک پذیرش و کاهش استرس، با آنها یاری می‌رساند که خود را همانگونه که هستند، بپذیرند و انتظارات واقع‌بینانه‌ای از خود داشته و با قدرت حل مساله تلاش نمایند مشکلات و چالش‌های پیش‌رو را حل نمایند. این فرایند سبب می‌شود که مشکلات مربوط به پردازش‌های ذهنی و روانی ناکارآمد آنان کاهش پیدا کرده و در نتیجه علائم افسردگی آنان نیز کاهش یابد.

یافته دوم در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی با نتایج پژوهش پیشین همسویی داشت. چنانکه صدیقی، صفاریان طوسی، خدیوی (۱۴۰۰) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر اضطراب و افسردگی زنان مطلقه؛ ایزدآبادی، بلوردی و ایمانی گوغری (۱۳۹۹) اثربخشی آموزش ذهن آگاهی را بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران؛ حاتم پور، مصطفایی و سهرابی (۱۳۹۹) اثربخشی برنامه آموزشی ذهن آگاهی را بر استرس ادراک شده، حساسیت اضطرابی و علائم اضطرابی در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال اضطرابی اجتماعی؛ و طاهری فرد و میکائیلی (۱۳۹۸) اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را بر کاهش اضطراب اجتماعی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی مورد بررسی و تایید قرار داده‌اند. در نهایت نتایج پژوهش جاهانسن و همکاران (۲۰۲۲) نیز گویای تأثیر درمان ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی نوجوانان بود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر سلامت اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی می‌توان بیان نمود آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند با تنظیم فرآیندهای عاطفی و هیجانی مثل کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و خشم منجر به تنظیم هورمون‌های آدرنالین و کورتیزول در بدن شود (جاهانسن و همکاران، ۲۰۲۲). بر این اساس به نظر می‌رسد که توجه معطوف به حال، عدم قضاوت دنیای درونی و بیرونی و آگاهی از این پدیده‌ها از سرگردانی ذهنی و نشخوار فکری افراطی در زنان مبتلا به افسردگی می‌کاهد، چرا که سرگردانی ذهنی و ماندن در گذشته و آینده منجر به افزایش هیجان‌های منفی همانند افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی می‌شود. بنابراین آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی با چنین مکانیسمی زمینه را برای رهایی زنان مبتلا به افسردگی از سرگردانی ذهنی منفی و نشخوار فکری افراطی فراهم می‌سازد. این روند سبب می‌شود تا این زنان نشخوار فکری و پردازش‌های شناختی ناکارآمد و ناقص را که از علائم افسردگی هستند را به میزان کمتری گزارش نمایند. کاهش علائم افسردگی نیز می‌تواند سبب افزایش تعاملات محیطی، خانوادگی و اجتماعی زنان مبتلا به افسردگی شده و سلامت اجتماعی آنان را نیز افزایش دهد. علاوه بر این می‌توان در تبیین دیگر بیان نمود که جلسه‌های آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی موجب کاهش استرس و کسب

همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با هدف بررسی پیامدهای ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند که یکی از پیامدهای مهم، بهبود علائم اضطراب و افسردگی است. گایوت و همکاران (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی با هدف ارتباط ذهن آگاهی، سندروم متابولیک و علائم افسردگی نشان دادند افرادی که ذهن آگاهی بالاتری داشتند، علائم افسردگی کمتری نشان دادند. همچنین نتایج مطالعه سیمونسون و همکاران (۲۰۲۱) حاکی از اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، افسردگی و نگرش ناکارآمد دانشجویان افسرده بوده است. طباطبایی (۱۴۰۰) نیز در پژوهشی تأثیر آموزش ذهن آگاهی مثبت‌نگر را بر مهارت‌های اجتماعی و همدلی عاطفی و شناختی دانش آموزان تیزهوش مبتلا به افسردگی غیربالینی را نشان داد. همچنین چنگیزی، آزموده، لیوارجانی و واحدی (۱۴۰۰) اثربخشی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر روایت درمانی گروهی بر بهبود بازده‌های شناختی، در دانش آموزان دارای نشانگان افسردگی؛ رحمانیان، علیپور و مختاری (۱۴۰۰) اثربخشی برنامه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی را مورد تایید قرار دادند.

در تبیین یافته حاضر باید گفت تکنیک‌های آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی، به افراد تحت آموزش کمک می‌کند تا مهارت‌های شناختی و رفتاری آموخته شده را برای مدیریت علائم استرس، افسردگی و اضطراب به کار گیرند (سیمونسون و همکاران، ۲۰۲۱). این مهارت‌ها زنان مبتلا به افسردگی را قادر می‌سازد که بتوانند هراس، استرس، اضطراب از خود دور ساخته و در کنار شرایط حاکم متاثر از شرایط زندگی، به فعالیت‌های سالم توأم با کنترل احساسات در زندگی ادامه دهند. این روند به تدریج موجب کاهش علائم اضطراب در این افراد شده و در نتیجه موجب کاهش علائم افسردگی آنان نیز می‌شود. علاوه بر این آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی با به کارگیری مکانیسم‌های عملی (مانند آگاهی بدنی و ارزیابی مجدد شناختی و بدنی)، می‌تواند اجتناب شناختی و هیجانی زنان مبتلا به افسردگی را کاهش دهد. از سوی دیگر زنان مبتلا به افسردگی با پذیرش علائم و نشانه‌ها، اغراق‌پنداری در مورد علائم افسردگی و همچنین اثرات حاصل از آن را تقلیل داده و می‌آموزند که می‌توان با شرایط موجود نیز زندگی غنی را تجربه نمایند. این روند نیز با افزایش سلامت روان، کاهش علائم افسردگی را در پی دارد. همچنین آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به زنان مبتلا به افسردگی می‌آموزد که آنان با آگاهی از خلق و عواطف مثبت و منفی خود و استفاده درست پذیرش آنها و ابراز هیجان‌ات، مخصوصاً هیجان‌ات مثبت در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان سلامت روان در آنان افزایش و چنین روندی با کاهش در علائم افسردگی همراه باشد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که زنان مبتلا به افسردگی ممکن است به دلیل شرایط روان‌شناختی و فیزیولوژیکی خاص

مبتلا به افسردگی و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی مواجهه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این تحقیق در سایر استان‌ها و مناطق با فرهنگ‌های مختلف با توجه به نگرش‌ها و باروهای اجتماعی مختلف، جنسیت مردان، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. همچنین در سطح عملی پیشنهاد می‌شود علاوه بر درمان‌های روان‌پزشکی برای زنان مبتلا به افسردگی، به آموزش مهارت‌های روان‌شناختی همچون آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی نیز توجه کافی شود تا درمانگران بتوانند از آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی برای این دسته از افراد در جهت کاهش افسردگی و بهبود سلامت اجتماعی آنان استفاده نمایند تا این افراد بتوانند روند عادی زندگی خود را بهتر دنبال کنند.

مهارت‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب مهارت‌های فیزیکی و سلامت ذهنی می‌شود. بنابراین آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی با ایجاد مهارت‌های جدید روانی، شناختی و اجتماعی در زنان مبتلا به افسردگی، سبب می‌شود تا این زنان بتوانند در مواجهه با شرایط چالش‌انگیز و تنیدگی‌زا، از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تری بهره‌برند. این روند نیز می‌تواند با کاهش رفتارهای اجتنابی همانند اجتناب از ارتباط با دیگران، زمینه را برای گسترش تعاملات اجتماعی و افزایش سلامت اجتماعی فراهم سازد. دامنه تحقیق حاضر محدود به زنان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی منطقه دو شهر تهران بود. علاوه بر این پژوهش حاضر با محدودیت در عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار اجتماعی، خانوادگی و شخصیتی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان

References

1. brahimpour, D., Habibzadeh, A., and Afkhami Benaim, S. (1400). The relationship between critical thinking and social health with the tendency to risky behaviors among high school students in Miandoab city. *Management Studies on Police Training*, 14(53), 83-108.
2. Ahri, M. (2012). Investigating the level of social health among Azad and Payam Noor Ahar University students, Department of Social Sciences, Payam Noor University, Bachelor's thesis.
3. Izadabadi, Z., Belwardi, M., Imani Goghari, Z. (2019). The effectiveness of metacognition and mindfulness training on nurses' social well-being and life expectancy. *Psychiatric Nursing*, 8(5), 14-24.
4. Babapour, Kh., Tos, F. (2008), study of demographic factors in the social health of Tabriz University students, *Tabriz University Psychology Quarterly*, 1(1), 1-20.
5. Chengizi, F., Azmoudeh, M., Vahedi, Sh., Livarjani, Sh. (1400). The effectiveness of mindfulness intervention based on group psychotherapy on improving cognitive performance in students with depressive symptoms. *Scientific Journal of Education and Evaluation*, 14(53), 43-59.
6. Hatempour, A., Mustafaei, A., and Sohrabi, Z. (2019). Effectiveness of mindfulness research program on perceived stress, anxiety sensitivity and anxiety symptoms in adolescents with symptoms of social anxiety disorder. *Nursing Education*, 9(6), 37-48.
7. Rahmanian M., Alipour, A., Mokhtari, Sh. (1400). Investigating the effectiveness of the mindfulness training program based on stress reduction on the reduction of depression and anxiety symptoms in patients with non-alcoholic fatty liver disease. *Community Health*, 15(2), 29-39.
8. Raisian, A., Golzari, M., Barjali, A. (1390). The effectiveness of hope therapy on reducing the level of depression and preventing relapse in drug dependent women. *Addiction Research Quarterly*, 5(17), 21-40.
9. Shaaban, M., Quydell, N. (1400). Relationship between health-oriented lifestyle and social health of female heads of marginalized households in Karaj city, *Journal of Alborz University of Medical Sciences*, 10(2), 196-205.
10. Sediqi, K., Safarian Tousi, M., Khadevi Gholam, R. (1400). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on anxiety and depression of divorced women. *Journal of Behavioral Science Research*, 19(1), 149-158.
11. Samadifard, H., and Mikaili, N. (1400). Social health in spouses of veterans: the role of psychological toughness, spiritual well-being and perceived stress. *Journal of Military Medicine*, 23(3), 194-200.
12. Taheri Fard, M., and Mikaili, N. (2018). The effectiveness of cognition-based mindfulness in social anxiety, resilience and emotional regulation of female victims of domestic violence. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 13(51), 17-26.
13. Tabatabai, Z. (1400). The effect of positive mindfulness training on social skills and emotional and cognitive empathy of gifted students with non-clinical depression. *Quarterly Journal of Assessment and Research in Counseling and Psychology*, 3(4), 52-64.
14. Fathi, A., Hatami Varzaneh, A., Azalazad, M., Farhadi, T. (2015). The effect of self-forgiveness group training based on Qur'anic concepts on the depression of second-year high school male students. *New Educational Thoughts*, 12(3), 110-130.

15. Gatezadeh, A., Barjali, A., Eskandari, H., Farkhi, N., and Sohrabi, F. (2016). Causal model test of depression rate based on lifestyle components with the mediation of social health. *Research in Psychological Health*, 11(1), 13-23.
16. Ashaie, S.A., Hurwitz, R., Cherney, L.R. (2019). Depression and Subthreshold Depression in Stroke-Related Aphasia. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 100(7), 1294-1299.
17. Beck, A.T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). Psychological Corporation: San Antonio.
18. Chatterji, S., Heise, L. (2021). Examining the bi-directional relationship between intimate partner violence and depression: Findings from a longitudinal study among women and men in rural Rwanda. *SSM - Mental Health*, 1, 1001-1006.
19. Cho, S.M., Park, S., Song, M. (2020). The evolution of social health research topics: A data-driven analysis. *Social Science & Medicine*, 265, 1132-1136.
20. Elmer, T., Stadtfeld, C. (2020). Depressive symptoms are associated with social isolation in face-to-face interaction networks. *Science Rep*, 10, 1444-1448.
21. Gill, L.N., Renault, R., Campbell, E., Rainville, P., & Khoury, B. (2020). Mindfulness induction and cognition: A systematic review and meta-analysis. *Consciousness and cognition*, 84, 102991.
22. Gold, S.M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Miranda, J. J., Bullinger, M., Steptoe, A., Whooley, M. A., & Otte, C. (2020). Comorbid depression in medical diseases. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 69-74.
23. Guyot, E., Baudry, J., Herberg, S., Galan, P., Kesse-Guyot, E., Péneau, S. (2018). Mindfulness Is Associated with the Metabolic Syndrome among Individuals with a Depressive Symptomatology. *Nutrients*, 10(2), 232-239.
24. Johannsen, M., Nissen, E.R., Lundorff, M., O'Toole, M.S. (2021). Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 1021-1025.
25. Kaonga, O., Masiye, F., Kirigia, J.M. (2022). How viable is social health insurance for financing health in Zambia? Results from a national willingness to pay survey. *Social Science & Medicine*, 305, 1150-1154.
26. Keyes, C.L.M. (2004) "Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complet state model of Health", *Jornal of Consulting and Clinicial Psychology*, 73(3), 539-548.
27. LeMoult, J., Gotlib, I.H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical psychology review*, 69, 51-66.
28. Majd M., Saunders, E.F.H., Engeland, C.G. (2020). Inflammation and the dimensions of depression: A review. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 56, 1008-1012.
29. Mason, J., Meal, A., Shaw, I., & Adams, G. G. (2018). Outcomes of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Diabetes and Treatment*, 2, 1014-1018.
30. Shapero, B. G., Greenberg, J., Pedrelli, P., de Jong, M., & Desbordes, G. (2018). Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 16(1), 32-39.
31. Simonsson, O., Bazin, O., Fisher, S.T., Goldberg, S.B. (2021). Effects of an eight-week, online mindfulness program on anxiety and depression in university students during COVID-19: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 305, 114-117.
32. Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse education today*, 35(1), 86-90.
33. Townsend, L., Musci, R., Stuart, E., Heley, K., Beaudry, M. B., Schweizer, B., Ruble, A., Swartz, K., & Wilcox, H. (2019). Gender Differences in Depression Literacy and Stigma After a Randomized Controlled Evaluation of a Universal Depression Education Program. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 64(4), 472-477.

Original Article

The Effectiveness of Mindfulness Skills Training on Depression and Social Health of Women with Depression

Received: 22/04/2022 - Accepted: 18/01/2023

Fereshteh Amini¹
Marjan Jafari Roshan^{2*}
Lida Leilabadi³

¹ PhD student in General Psychology,
Department of Psychology, Central
Tehran Branch, Islamic Azad
University, Tehran, Iran.

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Central Tehran Branch,
Islamic Azad University, Tehran, Iran.
(Corresponding author)

³ Assistant Professor of Psychology
Department, Central Tehran Branch,
Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email:

marjan.jafariroshan@gmail.com

Abstract

Introduction

Depression as a common mental disorder threatens the emotional and social health of sufferers. according to this the present study was conducted to investigate the effectiveness of mindfulness skills training on depression and social health of women with depression.

Material and Method

The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and one month follow-up period design. The statistical population included women with depression who referred to counseling centers and psychological services in the two cities of Tehran in the second half of 2021. 30 women with depression were selected through purposive sampling method and were randomly accommodated into experimental and control groups. The experimental group received mindfulness skills training sessions (eight sessions) during two months. The applied questionnaires included Depression Questionnaire (Beck, Epstein, Brown, Steer, 1996) and Social Health Questionnaire (Keyes, 2004). The data from the study were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni follow-up test.

Results

The results showed that mindfulness skills training has significant effect on the depression ($F=3/38$; $\eta^2=0/11$; $P=0/041$) and social health ($F=202/39$; $\eta^2=0/88$; $P<0001$) in women with depression.

Conclusion

According to the findings of the present study, mindfulness skills training can be used as an efficient method to decrease depression and improve social health in the women with depression through employing techniques such as mindful attitudes, mindful activities, addressing problem-making feelings and emotions and breathing exercises to manage anger.

Key words

Mindfulness skills training, depression and social health

Acknowledgement: There is no conflict of interest