

تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل

دکتر غلامرضا رجیبی (Ph.D.)^۱ - *سید امید ستوده ناورودی (M.Sc.)^۲

*نویسنده مسئول: رشت، سازمان بهزیستی رشت

پست الکترونیک: omid.sotede@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۲۱

چکیده

مقدمه: افسردگی از رایج‌ترین مسائل بهداشت روان است و یک پنجم افراد، افسردگی را در برخی مرحله‌های زندگی‌شان تجربه می‌کنند. افسردگی حالتی است که بر خلق تاثیر گذاشته و فعالیت را کاهش می‌دهد و قادر است بر تفکر، احساس، رفتار و جسم تاثیر بگذارد.

هدف: بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز

مواد و روش‌ها: آزمودنی‌های پژوهش با فراخوان محقق به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک و فرم کوتاه پرسشنامه رضایت زناشویی به افراد داده شد. علاوه بر این دو ابزار بالینی، با مصاحبه تشخیصی و بالینی، بر اساس DSM-IV-TR ناراضی زناشویی و افسردگی آنها ارزیابی شد. در مرحله بعد بر اساس نقطه برش دو ابزار و مصاحبه بالینی ۲۸ نفر به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. گروه آزمایش در ۷ جلسه تحت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفتند. در پایان مداخله درمانی هر دو گروه با استفاده از همان ابزار مجدداً ارزیابی شدند (پس‌آزمون) و پس از یک ماه باز هم همین ابزارها به کار گرفته شد (پی‌گیری).

نتایج: طبق نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)، نسبت تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در میزان افسردگی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل برابر بود با $(F=۸۰/۶۳)$ ، نسبت F بدست آمده در بین دو گروه مربوط به پس‌آزمون و پی‌گیری در میزان افسردگی برابر با $(F=۲/۱۲)$ و نتایج تحلیل واریانس مربوط به تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در میزان رضایت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل $(F=۱۰۹/۴۴)$ و نیز تحلیل واریانس مربوط به تفاضل پس‌آزمون و پی‌گیری در میزان رضایت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل برابر با $(F=۰/۹۶۰)$ بود.

نتیجه‌گیری: این نوع درمان منجر به کاهش افسردگی و پایداری اثر درمان در زمان شد. همچنین، منجر به افزایش رضایت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به کنترل (پس‌آزمون) شده اما در خصوص رضایت زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پی‌گیری تفاوتی بدست نیامد، که آن را می‌توان به محدود بودن این پژوهش به نمونه‌های زن نسبت داد، زیرا مؤلفه رضایت زناشویی متغیری چند بعدی است که در ثبات و تغییر آن، همسر فرد نیز تاثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن / خانواده / افسردگی / رضایت زناشویی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم شماره ۸۰، صفحات: ۸۳-۹۱

مقدمه

جهان است. همچنین، مطالعات شیوع افسردگی در ایران نشان می‌دهد که احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۳۰/۵ درصد) بیش از مردان (۱۶/۷ درصد) است (۳). تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است. از همه بیماری‌های جسمی و روانی در زنان ۴۵-۱۵ ساله افسردگی شایع‌ترین بیماری شناخته شده است (۴). ۲۲ درصد زنان در طول زندگی مشترک خود به علت کشمکش‌های خانوادگی آسیب می‌بینند (۵). هر چند در مورد چند علتی بودن افسردگی توافق وجود دارد و شواهدی نیز ارائه شده مبنی بر این‌که نبود حمایت اجتماعی و صمیمیت با افراد

افسردگی، از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که با روند رو به رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین علت ناتوانی پس از بیماری ایسکمی قلبی (heart ischemic) باشد (۱). یافته‌های همه‌گیرشناسی در کشورهای مختلف حاکی از شیوع متفاوت افسردگی در جوامع مختلف است. در سال ۱۹۹۰ میزان افسردگی در جهان ۴۷۲ میلیون نفر و در ایران حدود ۵ میلیون نفر برآورد شده بود (۲) که نشان‌دهنده شیوع بالا و اهمیت اختلال افسردگی در ایران و

نوبه‌ی خود به جلوگیری از ماریج‌های فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (۱۵). طبق نظریه شناختی آسیب‌شناسی روانی بوسیله شیوه‌های ذهنی یا خود طرحواره‌های ناسازگارانه تشدید می‌شود (۱۶). در این روش که شکلی از ساختار ذهن ماست تفکرمان با تجربه‌های گذشته، آینده و حال ارتباط دارد. خود طرحواره‌های ناسازگارانه معمولاً افراد را در تحریف رویدادها به روش‌های منفی مستعد می‌کند و ممکن است زمینه‌ساز بیماری‌های روانی مخصوصاً افسردگی شود. آموزش تمرین حضور ذهن به افراد این آگاهی را می‌دهد که از خود طرحواره‌های ناسازگارانه و تشخیص اهمیتشان آگاهی پیدا کنند و این خود طرحواره‌های با روش‌های مستقل‌تر ارتباط دارد. خود طرحواره‌ها به وسیله تغییرناپذیر بودن، مقاومت برای تغییر و غیرکارکردی بودن درک می‌شوند و با استرس‌های محیطی شروع شده و عمدتاً توسط اشخاص به عنوان حقایق تجربه می‌شوند (۱۵). تعدادی از محققان متوجه شدند که درمان MBCT در بیماران با سه دوره افسردگی اساسی در جلوگیری از عود افسردگی مؤثر است (۱۷). در مطالعه‌ای تعدادی از محققان دریافتند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث بهبود بیماران افسرده‌ای شده‌است که به هیچ شیوه درمانی جواب نداده بودند (۱۸). در مطالعه‌ای با استفاده از روش شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر ۲۵ بیمار افسرده با پی‌گیری دو ساله دیده شد که این درمان نه تنها در کاهش افسردگی، بلکه در جلوگیری از عود افسردگی نیز مؤثر است (۱۹). مطالعه دیگر بر ۱۴۵ بیمار افسرده زیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بعد از ۶۰ هفته پی‌گیری نشان داد که احتمال افسردگی مجدد در بیمارانی که خطر بالای برگشت بیماری را داشتند ۴۰ درصد است در حالی که این احتمال در افراد افسرده‌ای که این آموزش را ندیده‌بودند ۶۶ درصد بود (۲۰). در بررسی تیزدل و همکاران بر اساس درمان MBCT میزان عود افسردگی از ۷۸ درصد به ۳۶ درصد کاهش یافت (۱۴). اسکالمن مشاهده کرد که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (روش شناختی مبتنی بر حضور ذهن) نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌دار اضطراب، افسردگی و نگرش ناکارآمد

مهم زندگی، نقش مهمی در شکل‌گیری افسردگی ایفا می‌کند. از سوی دیگر، بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی با کارکرد خانواده آشفته و مساله‌ساز روبرو هستند (۶). مشکلات زناشویی بویژه مجادله و جر و بحث فراوان‌ترین واقعه گزارش شده قبل از شروع افسردگی است. همچنین، نبود حمایت و اعتماد نداشتن به همسر می‌تواند خطر ابتلای به افسردگی را افزایش دهد (۷). جانسون (۲۰۰۳) بیان می‌کند که اختلاف‌های زناشویی عامل خطر ساز مهمی برای اختلال‌های روان‌پزشکی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال دو قطبی، وابستگی به الکل و بعضی از بدخیمی‌هاست (۸). پایکل و همکاران (۱۹۶۹) معتقدند که اختلاف زناشویی در بسیاری اوقات می‌تواند نقطه شروع بستری افراد افسرده در بیمارستان باشد (۹). یک مطالعه توسط بیچ و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد که بین میزان پایین رضایت زناشویی با نشانه‌های افسردگی زنان رابطه وجود دارد (۱۰). به همین دلیل علت افسردگی در زنان می‌تواند ناشی از رابطه عاشقانه ناموفق و ازدواج‌های ناموفق باشد (۱۱). همچنین، گلان و همکاران (۲۰۰۲) بین روابط مختل شده و افسردگی زوج‌ها همبستگی بالایی بدست آوردند. یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که زنان سه برابر مردان در ازدواج‌های ناموفق افسرده‌اند (۴۶٪ در برابر ۱۵٪) و تقریباً نیمی از همه زنان در ازدواج‌های ناموفق افسرده می‌شوند (۱۲).

ویسمن (۱۹۸۷) نشان داد که افزایش رضایت زناشویی با کاهش خطر ابتلای به افسردگی همراه است و همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌ترند و رفتار خصمانه و خلق مضطرب‌تری دارند (۱۳).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (Mindfulness Behavior-Cognitive Therapy) که نوعی شناخت درمانی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش‌های مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدنی و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی پیرامون را در «همان لحظه» امکان‌پذیر می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی‌زا را کاهش می‌دهد (۱۴). ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به

نهایت، گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن با ۱۲ زن تشکیل شد. گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن شده و گروه کنترل هیچ درمانی نشدند. در پایان مداخله درمانی، هر دو گروه با استفاده از ابزارهای مذکور مجدداً ارزیابی شدند (پس‌آزمون) و پس از یک ماه نیز همین ابزارها در مورد آنها بکار رفت (پی‌گیری).

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش برای اندازه‌گیری میزان افسردگی و رضایت زناشویی از پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-13) و مقیاس رضایت زناشویی استفاده شد.

۱- پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-13): پرسشنامه‌ی افسردگی بک (Beck Depression Inventory) ۱۳ ماده خودگزارشی دارد که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند. هر گزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای است که دامنه‌ی آن از صفر تا ۳ مرتب شده و بیشینه و کمینه نمره‌ی آن بین ۳۹ و صفر است. BDI-13 برای اندازه‌گیری در زمینه‌های مختلف نشانه‌شناسی افسردگی مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژی تدوین شده است (۲۳).

حجت، شاپوریان و مهریار (۱۹۸۶) به همبستگی‌های مثبت معنی‌دار بین پرسشنامه افسردگی بک و شاخص‌های اضطراب، تنهایی و مکان کنترل بیرونی دست یافتند. آنان نشان دادند که پرسشنامه افسردگی بک اعتبار و قابلیت اعتماد لازم در دانشجویان ایرانی دارد (۲۴). رجیبی بر اساس تحلیل عاملی، دو عامل عاطفه منفی نسبت به خود و بی‌لذتی (۵۲/۵۴٪) را شناسایی کرد. او آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ و ضریب همبستگی همزمان آن را با فرم BDI-21 ۰/۶۷ به دست آورده است (۲۳).

۲- مقیاس رضایت زناشویی: مقیاس رضایت زناشویی توسط محرابیان در سال ۲۰۰۵ تدوین شده و ابزار اندازه‌گیری مربوط به بررسی جنبه‌های مختلف رضایت زناشویی است. این مقیاس برای ارزیابی و شناسایی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قوت و پربراری روابط زناشویی ساخته شده و ۱۳ ماده دارد که کمینه و بیشینه نمره‌ها به ترتیب بین ۱۳ تا ۶۵ است. نمره بالا نشانگر میزان بالای رضایت زناشویی زوج‌ها و نمره پایین نشان دهنده‌ی نارضایتی زناشویی است. ماده‌های این مقیاس به صورت لیکرت در گستره پنج گزینه‌ای

کمتری داشتند (۲۱). تیزدل، سگال، ویلیامز، ریدگویی، سولاسی و لائو نشان دادند که در بیمارانی که دو یا سه دوره افسردگی اساسی داشتند MBCT به طور معنی‌دار در کاهش افسردگی مؤثر بوده است (۲۲). مطالعه انجام شده در ایران نشانگر این است که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب با پی‌گیری ۶۰ روزه به صورت آموزش کنترل توجه مؤثر است. همچنین، این روش می‌تواند در پیشگیری از بازگشت افسردگی و اضطراب مؤثر باشد (۳). با پژوهش‌هایی از این قبیل و بدست آوردن اطلاعات لازم می‌توان به توصیف دقیق‌تر از وضعیت نظام خانواده دست یافت و عوامل تهدید کننده آن را باز شناخت و راهبردهای موثر را طراحی کرد. از این رو این پژوهش به دنبال بررسی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش میزان افسردگی بر افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع طرح‌های آزمایشی گسترش یافته پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان متأهل مبتلا به افسردگی و ناراضی از زندگی زناشویی شهر اهواز بود که به فراخوان پژوهشگران برای آموزش شناختی مبتنی بر حضور ذهن پاسخ داده بودند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۲۸ زن متأهل مبتلا به افسردگی و ناراضی از زندگی زناشویی از ۱۰۸ زن که به فراخوان پاسخ مثبت دادند، ابتدا بر اساس راهنمای ملاک تشخیصی-آماري انجمن روان‌شناسان آمریکا ویرایش-چهارم (DSM-IV-TR) و مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط مشاور و روانشناس و در مرحله بعد بر اساس نمره‌های بالاتر از ۱۵ در پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-13) و نمره‌های پایین‌تر از ۳۵ در مقیاس رضایت زناشویی برگزیده شدند. سپس از ۲۸ زن با تشخیص افسردگی، ۱۴ نفر به صورت تصادفی ساده به گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و ۱۴ نفر دیگر به گروه کنترل واگذار شدند. باید خاطر نشان کرد که ۲ نفر از آزمودنی‌های درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در جلسات درمانی حضور نیافتند. در

آگاهی از تنفس، بدن، صوت‌ها و سپس افکار، بازنگری تکلیف‌های خانگی، خلق، افکار و تمرین نکته نظرها یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، خلاصه جلسه و تعیین تکلیف خانگی،

جلسه هفتم: اختتام، استفاده از آنچه آموخته‌اید برای مقابله با حالت‌های خلق بعدی، مروری به جلسه‌های پیشین و بازنگری تکلیف‌های خانگی، بازنگری کل برنامه، توزیع پرسشنامه در بین شرکت‌کنندگان، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاس با آخرین مراقبه.

فاصله زمانی جلسه‌ها هفته‌ای یک‌بار بود.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان شرکت‌کننده به ترتیب ۲۱/۳۲ و ۱/۹۹ با حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ با تحصیلات دیپلم به بالا بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در نرم افزار spss17 استفاده شده است.

نتایج داده‌های جدول ۱ نشانگر آن است که میانگین میزان افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود اما در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پی‌گیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نمره‌های پایین‌تری داشت یعنی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش میزان افسردگی در زنان متاهل افسرده شده است (برای بررسی نسبت F در مورد میزان کاهش افسردگی در زنان متاهل به جدول ۳ مراجعه کنید)

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین میزان رضایت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود اما در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پی‌گیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نمره‌های بالاتری نشان می‌دهد یعنی، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث افزایش رضایت زناشویی در زنان متاهل افسرده شده است (برای بررسی نسبت F در مورد میزان افزایش رضایت زناشویی در زنان متاهل به جدول ۳ مراجعه کنید).

آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری از جمله اثر

(کاملاً موافقم=۵، موافقم=۴، نه موافقم نه مخالف=۳، مخالفم=۲، کاملاً مخالفم=۱) درجه‌بندی شده است و تعدادی از ماده‌های آن به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

رجبی با استفاده از تحلیل عاملی بر این پرسشنامه به دو عامل رضایت از ازدواج و نارضایتی از آن دست یافت. او ضریب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت زناشویی را در کل ۰/۹۰، در زنان ۰/۹۱ و در مردان ۰/۸۹ بدست آورد (۲۸). بلوم و محراییان (۱۹۹۹) در یک تحقیق پایایی بازآزمایی فرم بلند مقیاس رضایت زناشویی با فاصله ۶ هفته ۰/۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شد. محراییان ضریب پایایی آلفای کرونباخ فرم ۱۲ ماده‌ای مقیاس رضایت زناشویی را در دو مطالعه جداگانه ۰/۹۴ و ۰/۹۱ بدست آورد. او پایایی بازآزمایی این مقیاس را بعد از شش هفته ۰/۸۳ و همسانی درونی ۰/۹۴ گزارش کرد (۲۵)

خلاصه طرح درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن:

جلسه اول: معارفه، پذیرش مراجع، تعیین هدف‌های جلسه و خط‌مشی کلی قانون گروه، بررسی چشمداشت مراجع از درمان، آشنایی مراجع با علائم جسمی و روان‌شناختی افسردگی، خلاصه‌ای از شیوه آموزشی شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای مراجع.

جلسه دوم: هدایت خودکار، پس‌خوراند بحث در مورد تمرین خوردن، تمرین واری بدنی، آغاز تمرین با تمرکز به تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث در مورد واری بدنی، تکلیف خانگی، جزوه‌های جلسه اول (تکلیف‌های خانگی، برگه‌های ثبت تکلیف)، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه ۲ تا ۳ دقیقه‌ای،

جلسه سوم: رویارویی با موانع، واری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساس‌ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای، ارائه تکلیف‌های خانگی،

جلسه چهارم: حضور ذهن از تنفس، گفتن خلاصه‌ای از جلسه سوم بازنگری تمرین‌ها، تمرین دیدن یا شنیدن، نشستن در حالت مراقبه، تمرین فضای تنفس، قدم زدن با حضور ذهن، خلاصه و مشخص کردن تکلیف خانگی،

جلسه پنجم: ماندن در زمان حال،

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند، مراقبه نشستن ۴۰ دقیقه‌ای،

پیلایی، لاندای ویلکزا، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه ری (۳۷/۰۵، $p < ۰/۰۰۰۱$) برای گروه‌های دوگانه آزمایش و کنترل، معنی دار بدست آمد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که حداقل دو گروه از نظرمغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت دارند، و می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه آن‌ها استفاده کرد.

جدول ۱: شاخص‌های آماری میزان افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن

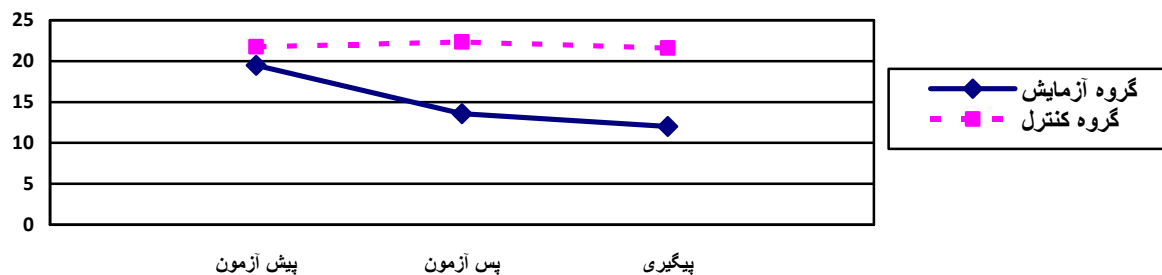
موقعیت	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		پیگیری		تفاضل پیش و پس		تفاضل پس‌آزمون و پیگیری	
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۲	۱۹/۷۵	۲/۶۶	۱۳/۵۸	۲/۱۵	۱۲	۲/۸۲	۶/۱۷	۱/۱۹	۱/۵۸	۱/۶۲
کنترل	۱۲	۲۱/۷۵	۵/۲۷	۲۲/۳۳	۴/۸۶	۲۱/۵۸	۳/۸۹	-۰/۵۸	۲/۳۱	۰/۷۵	۱/۱۳
جمع	۲۴	۲۰/۷۵	۴/۲۱	۱۷/۹۶	۵/۷۹	۱۶/۷۹	۵/۹۲	۲/۷۹	۳/۸۹	۱/۱۷	۱/۴۳

جدول ۲: شاخص‌های آماری میزان رضایت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در زنان متأهل

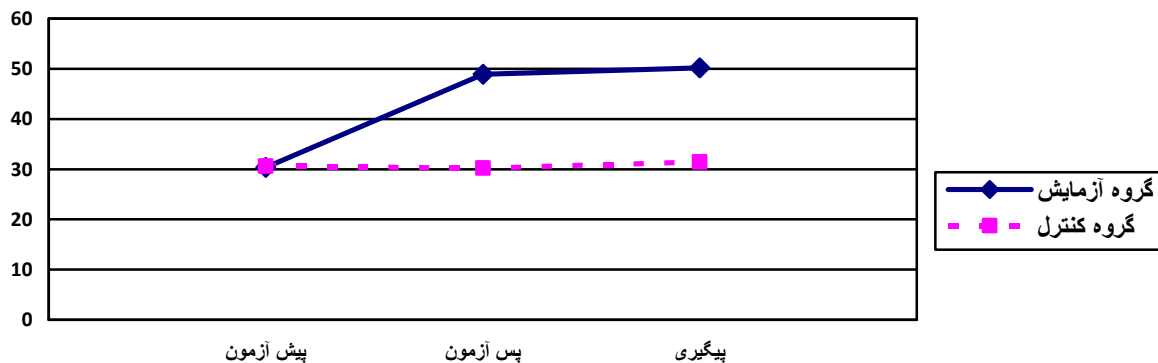
موقعیت	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		پیگیری		تفاضل پیش و پس		تفاضل پس‌آزمون و پیگیری	
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۲	۳۰/۳۳	۳/۵۷	۴۸/۹۱	۴/۱۲	۵۰/۱۶	۴/۹۶	-۱۸/۵۸	۴/۱۲	-۱/۲۵	۳/۴۰
کنترل	۱۲	۳۰/۵۸	۳/۶۳	۳۰/۲۵	۶/۴۶	۳۱/۴۱	۸/۰۹	۰/۳۳	۴/۷۱	-۱/۱۶	۴/۵۳
جمع	۲۴	۳۰/۴۶	۳/۵۲	۳۹/۵۸	۱۰/۹۱	۴۰/۷۹	۱۱/۶۱	-۹/۱۲	۱۰/۵۸	-۱/۲۰	۳/۹۲

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مربوط به متغیر مستقل (گروه‌های آزمایش و کنترل) و متغیرهای وابسته (میزان افسردگی و رضایت زناشویی) در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن

متغیرهای مستقل	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح P
گروه	تفاضل پیش و پس افسردگی	۲۷۳/۳۷	۱	۲۷۳/۳۷	۸۰/۶۳	$p \leq ۰/۰۰۰۱$
	تفاضل پس و پی‌گیری افسردگی	۴/۱۶	۱	۴/۱۶	۲/۱۲	$p = ۰/۱۵۹$
	تفاضل پیش و پس رضایت زناشویی	۲۱۴۷/۰۴	۱	۲۱۴۷/۰۴	۱۰۹/۴۴	$p \leq ۰/۰۰۰۱$
	تفاضل پس و پی‌گیری رضایت زناشویی	۰/۰۴	۱	۰/۰۴	۰/۰۳	$p = ۰/۹۶۰$



نمودار ۱: میانگین‌های میزان افسردگی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (محور X میزان افسردگی و محور Y درمان شناختی گروهی)



نمودار ۲: میانگین‌های میزان رضایت زناشویی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن

(محور x میزان رضایت زناشویی و محور y درمان شناختی گروهی)

بحث و نتیجه گیری

نامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییر در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (۲۸). براساس این فرض، کسانی که در گذشته افسرده بوده‌اند، به لحاظ الگوی تفکر با کسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند، تفاوت دارند. به این ترتیب، با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق و در نتیجه بازفعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از افسردگی شود. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی‌تر حافظه را به همراه داشته باشد (۲۹).

نسبت F بدست آمده در گروه‌های دوگانه مربوط به تفاضل پس‌آزمون و پیگیری در میزان افسردگی $2/12$ ($p=0/159$) بدست آمده است. این نتیجه نشان می‌دهد که میزان افسردگی گروه آزمایش و کنترل از مرحله پس‌آزمون به مرحله پیگیری تفاوت ندارد و نشانگر آن است که این نوع درمان در طی زمان اثر پایدار داشته است. این یافته با پژوهش‌های میچالاک و همکاران (۲۰۰۸)، تیزدل و همکاران (۱۹۹۵)، تیزدل و همکاران (۱۹۹۴)، کاویانی و همکاران (۱۳۸۳) و سجادیان و همکاران (۱۳۸۷) در پایداری درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن همخوان است.

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز انجام شد. همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، نسبت F مشاهده شده تفاضل پیش و پس آزمون در میزان افسردگی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل، $80/63$ ($p \leq 0/0001$) است. این یافته نشان می‌دهد که این گروه‌ها از نظر میزان افسردگی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشته و نشانگر آن است که این درمان منجر به کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش شده است. این یافته با پژوهش‌های انجام شده در زمینه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای کاهش افسردگی از جمله ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸)، میچالاک و همکاران (۲۰۰۸)، کینی و ویلیامز (۲۰۰۷)، لایو و میچمن (۲۰۰۵)، اسکالمن (۲۰۰۴)، تیزدل و همکاران (۲۰۰۰)، تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) و تیزدل و همکاران (۱۹۹۴) و کاویانی و همکاران (۱۳۸۳)، دباغی و همکاران (۲۰۰۷) (۲۶) و سجادیان و همکاران (۲۰۰۹) (۲۷) هماهنگ است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت آن‌گونه که در متن‌های قدیمی‌تر مرجع آمده است، در واقع به نظر می‌رسد حضور ذهن از طریق آموزش کنترل توجه (attention control training) مؤثر واقع می‌شود (۱۴). در اصل، فرض این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایرادگیر و

در زنان متأهل افسرده شده‌است و نیز در زمینه رضایت زناشویی پس از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای در افزایش رضایت زناشویی بدست آمد، می‌توان ادعا کرد که این شیوه درمانی در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بود. اما به پژوهش‌های بیشتری احتیاج داریم.

تحلیل واریانس مربوط به تفاضل از مرحله پس‌آزمون به مرحله پی‌گیری در رابطه با میزان رضایت زناشویی گروه آزمایش و کنترل برابر با $0/003$ ($p=0/960$) است، که نشانگر این است که رضایت زناشویی گروه تحت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در دو گروه فوق از مرحله پس‌آزمون به مرحله پی‌گیری تفاوت نکرده. به عبارت دیگر، روش درمانی اثر خود را بر گروه مداخله حفظ کرده‌است.

در مقایسه نتایج این پژوهش با سایر بررسی‌ها باید گفت آزمودنی‌های این پژوهش فقط زن بودند و از طرفی رضایت زناشویی یک متغیر چند بعدی است که در ثبات و تغییر آن همسر فرد نیز تاثیر دارد. بی‌سازمانی فضای خانواده، مشکلاتی مانند ایرادگیری و نبود توجه همسر، برخوردهای نامناسب همسر در مسایل گوناگون که می‌تواند مداخله درمانی ناکارآمد را نشان دهد و از سوی دیگر ادامه نیافتن برنامه‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن به صورت فردی و در محیط خانه و همچنین مدت دوره‌ی پس‌آزمون به پی‌گیری که یک‌ماه بود، مدتی کافی برای نشان‌دادن تفاوت تاثیر آموزش نیست که خود در تاییدنشدن این فرضیه هم بی‌تاثیر نمی‌باشد.

تیزدل و همکاران نشان دادند که در دوره پی‌گیری عود افسردگی وجود داشته (۴۰ درصد) ولی این مقدار معنی‌دار نبوده است که نشان می‌دهد تغییر مثبت در دوره پی‌گیری همیشه امکان‌پذیر نیست (۲۱).

تحلیل واریانس مربوط به تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون میزان رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان از معناداری و اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن دارد ($F=109/44$, $p \leq 0/001$). این یافته نشان می‌دهد که نمره‌های رضایت زناشویی گروه زیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه بدون درمان افزایش یافته است. طی بررسی و جستجو در سایت‌ها و مجله‌های مختلف در رابطه با رضایت زناشویی در مورد این شیوه درمانی، پیشینه‌ای در ایران و سایر کشورها یافت نشد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان از پژوهش‌های ویسمن (۱۳)؛ زانگ و همکاران (۳۰)؛ بک (۳۱)؛ بیچ و همکاران (۱۰)؛ پایکل و همکاران (۱۹۶۹)، گولان و همکاران (۱۲)، جانسون (۸)، تیچمن، بار-ال، شیروتا و الیزور (۲۰۰۳)، ویسمن و کورتانج (۳۲)، استفاده کرد که نشان دادند بین نشانه‌های افسردگی و میزان رضایت زناشویی در زنان ارتباط وجود دارد. با توجه به این که افسردگی و رضایت زناشویی رابطه معکوس دارند و در این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش افسردگی

منابع

1. Sadock B J, Sadock V. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Edition. Philadelphia; Lippincott Williams, 2000.
2. Kimyae A, Shafiabadi A, Delavar A, Sahebi A. Study and comparison and combination of it with Yuga in treatment of sever depression. Journal of Educational and Psychological Researches 2006; 7 (2): 88-113. [Text in Persian]
3. Kaveyani H, Johari F, Bahrani H. Cognitive Therapy Based on Mindfulness (MBCT) in Decreasing Negative Thoughts, Inefficient Attitude, Depression, and Anxiety, 60 days Pursuit. Journal of Newest Cognitive Sciences 2005; 7 (1):49-59. [Text in Persian]
4. Sinha P S. Depression. Behavior Therapy Approach, Reference Press 2002; 132, 5-9.
5. Kyriacou D N, Anglin D, Talhaferro E. Risk Factors For Injury to Women From Domestic Violence . New England Journal of Medicine 1999; 341: 1892- 1898.
6. Sayrs S L, Kohn C, Fresco D M, Bellac Sarwer. D B. Marital Cognitions and Depression in The Context of Marital Discord. Cognitive Therapy and Research 2001; 25: 713-732.
7. Abettan I. Couple Therapy and Depression. Available At: <http://www.Psybermentor.Com/Ressources/Textes/Ingrin Abitan Couple Therapy and Depression. Pdf>. Visited on December 2007; Visited on December.
8. Johanson S M. The Revolution in Couple Therapy. Journal of Marital and Family Therapy 2003; 29: 348-365.

9. Riso L P, Blandino J A, Hendricks E, Granta M M, Duin J S. Marital History and Current Marital Satisfaction In Chronic Depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2002; 32(4); 291 – 296.
10. Beach S R H, Fincham F D, Katz J. Marital Therapy In Treatment Of Depression: Toward A Third Generation of Therapy And Research. *Clinical Psychology Review* 1998; 18 (6): 635-661.
11. Glasser W. Marriage without Failure Be and Being Together Translation: Somayeh Khosh Nik, Hoda Barazande. Mashhad: Mohaghegh Publication, 2004.[Text In Persian]
12. Gollan J, Fridman M A, Miller I W. Couple Therapy In Treatment of Major Depression. In: A S Gurman, N S Jacobson (Eds). *Clinical Handbook of Couple Therapy*. New York; The Guilford Press, 2002; 635-76.
13. Wissman M M. Advances In Psychometric Epidemiology: Rates And Risks For Major Depression. *American Journal of Public Health* 1987; 77: 445-451.
14. Teasdale J D, Segal Z V, Williams J M G. How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attention Control (Mindfulness) Training Help?. *Behavior Research and Therapy* 1995; 33: 25-39.
15. Segal Z V, Williams J M, Teasdale J D. *Mindfulness- Based Cognitive Therapy for Depression*. New York; Guilford, 2002.
16. Young J E, Weinberger A D & Beck A T. Cognitive Therapy for Depression. In: Barlo DHW, (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual*. 3rd Ed New York: Guilford Press, 2001: 264-308.
17. Williams J G, Russell I, Russell D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Further Issues In Current Evidence And Future Research. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 2008; 76 (3): 524-529.
18. Kenny M A, Williams J M. Treatment-Resistant Depressed Patients Show A Good Response To Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Behavior Research and Therapy* 2007; 45(3): 617-625.
19. Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness Predicts Relapse/Recurrence In Major Depressive Disorder After Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Nervous And Mental Disease*. Baltimore 2008; 196 (8): 630-648.
20. Lau M A, Mcmain S A. Integrating Mindfulness Meditation with Cognitive and Behavioral Therapies: The Challenge Of Combining Acceptance- and Change-Based Strategies. *Canadian Journal of Psychiatry* 2005; 50(13): 863- 7.
21. Schulman P. Depression Prevention in Adults. Schulman@ Psych Upenn. Edu 2004.
22. Teasdale J, Segal Z V, Williams J G, Ridgeway V, Soulsby J, Lau M A. Prevention and Relapse/Recurrence In Major Depression By Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68: 615-623.
23. Rajabi Gh. Psychometric Characteristics of Psychometric Properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13). *Journal of Iran Psychologist* 2005; 4 (3):291-298.[Text In Persian].
24. Hojat H, Shapurian R, Mehryar A H. Psychometric Properties of A Persian Version of The Short Form Of The Beck Depression Inventory For Iranian College Students. *Psychological Reports* 1986; 59: 331-338. [Text in Persian].
25. Rajabi Gh. Factorial Structure of Marital Satisfaction Scale In Married Staff Members of Shahid Chamran University. *Iranian. Journal Psychiatry and Clinical Psychology* 2010; 15(4):351-358. [Text in Persian].
26. Dabaghi P, Asghar Nejad A, Atef M, Bolhari, K. Effect Of Group Cognitive Therapy Based on Mindfulness And Activating Spiritual Patterns To Prevent Usage of Narcotic Drugs. *Iran Clinical Psychology And Psychiatrist Magazine* 2007; 13(4): 366-375.[Text In Persian].
27. Sajadian E, Neshat Doost H, Molavi H, Maroofi M. Effect Of Mindfulness On Obligation-Obsession Disorder Of Women In Isfahan. *Educational and Psychological Researches* 2009; 9 (1): 127-141. [Text In Persian].
28. Segal Z, Gemar M, Williams S. Differential Cognitive Response to A Mood Challenge Following Successful Cognitive Therapy or Pharmacotherapy For Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1999; 108: 483-490.
29. Segal Z V, Teasdale J, Williams J M G. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale And Empirical Status. In: Hayes SC, Follette V M, Linehan M.M(Eds.). *Mindfulness and Acceptance: Expanding The Cognitive-Behavioral Tradition*. New York; Guilford Press, 2004: 45-65.
30. Zung W W, Brodhead W E, Roth M E. Prevalence of Depressive Symptoms in Primary Care. *Journal of Family Practice* 1993; 37: 377-44.
31. Beck A T. *Love Is Never Enough*. Translation: Mahdi Gharche Daghi. Tehran; Peykan Publish, 2003. [Text in Persian]
32. Wishman M, Courtage E. Correlates of Depression And Marital Dissatisfaction Perception of Marital Communication Style. *Journal of Social and Personal Relation Ships* 2003; 20: 757-769.

A Study of Impact of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression Reduction and Increase of Marital Satisfaction in Married Women

Rajabi Gh. R.(Ph. D.)¹ - Sotodeh Navrodi S.O.(M.Sc.)²

*Corresponding Address: State Welfare Organization of Guilan, Rasht, IRAN

E- mail: omid.sotede@yahoo.com

Received: 1/Feb/2011 Accepted: 11/Jun/2011

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common mental health problems and one fifth of people experience depression in some levels of their life. Depression is a state which influences mood and reduces activities and can affect thoughts, behavior, feelings and physical problems.

Objective: This study aims to investigate the influence of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on reducing depression and increasing marital satisfaction in married women referred to counseling centers in Ahvaz, southern Iran.

Materials and Methods: The subjects were selected based on sampling method by the researcher's recall. Then, all the women who responded to the recalls achieved short-form of Beck's Depression inventory and short-form Questionnaire of Marital Satisfaction. In addition, clinical diagnostic interview based on DSM-IV-TR was used to evaluate their Marital Satisfaction and Depression. In the next phase, test and control groups were randomly placed in a cut off two instruments and clinical interview of 28 patients. Experimental groups were treated in 7 sessions of mindfulness-based cognitive therapy. At the end of intervention, both were re-evaluated (post-test). And after a month, the same instruments were applied (follow-up).

Result: The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that the ratio of pre-test and post-test differences in the rates of depression related to the test and control groups was equal to (80/63), F ratio obtained between the two groups GD related test and followed the equal rates of depression ($F=2/12$) analysis of variance and differences related to pre-test scores and marital satisfaction in the test groups and control test was $F=109/44$ and analysis of variance related to differences step after step follow-up test related to marital satisfaction test and control groups was equal to ($F= 0/960$).

Conclusion: Analysis revealed that this type of treatment resulted in decreasing levels of depression and is stable over time. It also led to increased levels of marital satisfaction scores in the experimental group, but in stage after stage of the follow-up test, there was no significant difference in the experimental group's marital satisfaction. This can be attributed to the gender limitation of the study, while the components of marital satisfaction are multidimensional and can influence the spouse's stability and change.

Key words: Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)/ Family/ Depression/ Marital Satisfaction.

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 80, Pages: 83-91