

Research Article

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on decrease of symptoms of depression, rumination and emotion regulation in pregnant women

M. Zemestani^{1*} & Z. Fazeli Nikoo¹

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to determine the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on reducing the symptoms of depression, rumination, and emotion regulation in pregnant women. **Method:** A quasi-experimental design with pre-test, post-test and a one month follow-up with control group was used. The statistical population included 500 pregnant women referred to health centers in the town of Ghorveh in Sanandaj province in Iran who were one to six months pregnant. Through available sampling method, 263 women who met the inclusion criteria were selected and out of these, 30 participants were randomly assigned to two groups of MBCT or control. Research tools were Beck's (1996) Depression Inventory-II, Rumination Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003) and the MBCT program which was adapted from Segal, Williams, & Teasdale (2018) and Dimidjian, Goodman, Felder, Gallop, Brown, & Beck (2016). This was administered to the experimental group during eight weekly, 90-minute sessions and collected data was analyzed using mixed model repeated measures analysis of variance. **Results:** Findings showed that MBCT had a significant effect on improving depression symptoms ($F= 55.06, P= 0.001$), rumination ($F= 25.88, P= 0.001$), and emotion regulation subscales including cognitive reappraisal ($F= 9.27, P= 0.02$), and suppression ($F= 4.69, P= 0.036$), and treatment gains were maintained at follow-up. **Conclusion:** This method can be used as a low-cost and effective treatment for the treatment of emotional disorders and improving the psychological status of pregnant women.

Key words: cognitive therapy, depression, emotion regulation, mindfulness, pregnant women, rumination

Citation: Zemestani, M., & Fazeli Nikoo, Z. (2019). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on decrease of symptoms of depression, rumination and emotion regulation in pregnant women. *Quarterly of Applied Psychology*, 13(1): 119-139.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار

مهدی زمستانی^{۱*} و زهرا فاضلی نیکو^۱

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان زنان باردار بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با گروه گواه، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه و جامعه آماری ۵۰۰ نفر از زنان در دوره ۱ تا ۶ ماهگی بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان قروه در استان کردستان بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس ابتدا ۲۶۳ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند؛ فهرست و سپس ۳۰ نفر پس از ارزیابی بالینی، انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش مقیاس افسردگی بک-ویرایش دوم (۱۹۹۶)، پاسخ نشخوار گونه نولن-هوکسما و مورو (۱۹۹۱)، تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از برنامه سگال، ویلیامز و تیزدیل (۲۰۱۸) و دیمیجان، گودمن، فلدر، گالوپ، براون و بک (۲۰۱۶) بود که در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که برنامه درمانی بر نشانه‌های افسردگی ($F= ۵۵/۰۶$ ، $P= ۰/۰۰۱$)، نشخوار فکری ($F= ۲۵/۸۸$ ، $P= ۰/۰۰۱$) و زیر مقیاس‌های تنظیم هیجان شامل بازاریابی شناختی ($F= ۹/۲۷$ ، $P= ۰/۰۲$) و فرونشانی ($F= ۴/۶۹$ ، $P= ۰/۰۳۶$) اثر داشته و دستاوردهای درمانی در مرحله پیگیری پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان از این روش درمانی که کم‌هزینه و کارآمد است، برای درمان اختلال‌های هیجانی و بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان باردار استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، زنان باردار، شناخت درمانی، نشخوار فکری

انتشار: ۹۸/۰۳/۰۱

پذیرش مقاله: ۹۷/۱۲/۲۶
دریافت مقاله: ۹۷/۰۵/۰۲

نویسنده مسئول: m.zemestani@uok.ac.ir

استناد به مقاله: زمستانی، مهدی، و فاضلی نیکو، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳(۱) ۱۱۳-۱۱۹. ۱۳۹-۱۱۹

مقدمه

دوران بارداری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و پراسترس‌ترین مراحل زندگی زنان و خانواده‌ها محسوب می‌شود (واردروپ و پوپادیوک، ۲۰۱۳). شواهد بالینی و پژوهشی نشان می‌دهد که در این برهه میزان اختلال‌های خلقی و اضطرابی، انواع ترس‌های مرضی و اختلال‌های وسواسی به میزان چشمگیری افزایش می‌یابد و زنان باردار معمولاً درگیر مسائل شناختی همچون سردرگمی، درماندگی، نشخوار فکری، خشم، ناامیدی و در موارد شدیدتر افکار خودکشی می‌شوند (اسدی نوقابی و ذوالفقاری، ۱۳۹۰). آمارها نشان می‌دهد که ۵۰ تا ۶۲ درصد از زنانی که افسردگی دوران بارداری آن‌ها درمان نمی‌شود؛ همچنان در دوره پس از زایمان از افسردگی رنج می‌برند و ممکن است؛ این علائم تا ماه‌ها و حتی سال‌ها پس از تولد نوزاد ادامه پیدا کند (ببیل و علیخان، ۲۰۱۶). برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۳۰ درصد از زنانی که در دوران بارداری افسرده تشخیص داده می‌شوند؛ تا سه سال پس از زایمان هنوز افسرده‌اند (ولی گن، کاسالین و لیوتن، ۲۰۱۴).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افسردگی درمان نشده مادر باردار بر رابطه عاطفی مادر و نوزاد و سایر اعضای خانواده تأثیرگذار است. این مساله پیامدهای تحولی منفی برای مادر و جنین در پی خواهد داشت و می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر خانواده تحمیل کند. به‌طوری‌که افسردگی دوران حاملگی موجب زایمان زودرس و نارس نوزاد و افسردگی پس از زایمان مادر می‌شود و کودکان را در برابر مشکلات هیجانی و رفتاری دوران بزرگسالی مستعد و آسیب پذیر می‌سازد (فورتیناش و وورت، ۲۰۱۴؛ قضایی، داودی، نیسی، مهربابی زاده هنرمند و بساک نژاد، ۱۳۹۷؛ وارکارلوس، ۲۰۱۶).

با توجه به مواردی که مطرح شد؛ مدیریت مؤثر و درمان اختلال‌های خلقی مادران در طی دوران بارداری اهمیت بالایی می‌یابد. در این میان برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی دوران حاملگی از روش‌های دارودرمانی و روان‌درمانی می‌توان استفاده کرد؛ اما به دلیل شرایط ویژه زنان باردار و عوارض جانبی داروها بر سلامت جنین و مادر، مداخلات روان‌شناختی در اولویت قرار می‌گیرند و مادران باردار نیز مداخلات غیردارویی ایمن را به میزان بیشتری ترجیح می‌دهند (اوسلن، گاس و لارسن، ۲۰۱۲؛ کندال-تاکت، ۲۰۱۰؛ آرچ، دیمیجیان و چسیک، ۲۰۱۲).

لذا، به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی مؤثر و دارای حمایت تجربی در این زمینه اهمیت می‌یابد. یکی از مداخلاتی که به نظر می‌رسد در این زمینه مؤثر باشد؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ است (میلکوویتز، سمپل، هوسر، الکان، وین‌تراب و همکاران، ۲۰۱۵؛ دان، هانیه، رابرتز و پآوری، ۲۰۱۲؛ دیمیجیان، گودمن، فلدز، گالوپ، براون و همکاران، ۲۰۱۶).

1. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

در این پژوهش از میان مداخلات مبتنی بر شواهد تجربی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انتخاب شده است؛ زیرا پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این درمان می‌تواند؛ به‌طور مؤثری در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس مادران در دوران بارداری و همچنین جلوگیری از عود افسردگی زنان باردار پس از زایمان بسیار سودمند باشد (پیت و هوگارد، ۲۰۱۱). یافته‌های امیدوارکننده اخیر به‌کارگیری و اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را برای درمان و بهبود علائم خلقی در طول دوره بارداری و همچنین جلوگیری از عود افسردگی در دوره پس از زایمان را گزارش می‌کنند (گودمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ دان و همکاران، ۲۰۱۲).

یافته‌های پژوهشی دیمیجیان و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم افسردگی و جلوگیری از بازگشت و عود علائم افسردگی زنان در طی دوره بارداری و پس از آن می‌شود. میکلوویتز و همکاران (۲۰۱۵) طی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر بهبود ۳۹ زن باردار اعم از ۲۷ نفر دارای اختلال افسردگی اساسی و ۱۲ نفر دارای اختلال طیف دو قطبی بررسی کردند و نشان دادند که روش یاد شده توانسته است؛ در افسردگی این زنان را بهبود بخشد؛ اما تاثیری در بهبود اختلال طیف دو قطبی آن‌ها ندارد. در پژوهشی مشابه دان و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند؛ این درمان بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران باردار مؤثر است. دهیلون، اسپارکس و دوریت (۲۰۱۷) در بررسی فراتحلیلی در زمینه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد زنان باردار دریافتند که تفاوت بین گروه مداخله ذهن آگاهی و گروه گواه در کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده بر اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده، معنادار نیست؛ ولی در کارآزمایی‌های غیر تصادفی کنترل شده معنادار است. نتایج حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند؛ برای علائمی نظیر اضطراب، افسردگی، استرس ادراک شده و سطح آگاهی در دوران بارداری مفید باشد؛ با این همه، پژوهش‌های بیشتری برای بررسی اینکه آیا چنین مزایایی در طول دوره پس از تولد پایدار است؛ نیز مفید خواهد بود (دهیلون، اسپارکس و دوریت، ۲۰۱۷).

با توجه به موارد اشاره شده، ضرورت مبرمی جهت توسعه و گسترش مداخلات اثربخش و به لحاظ تجربی تأیید شده در بین زنان باردار به‌عنوان جمعیت دارای اهمیت، به چشم می‌خورد. در پژوهش‌های پیشین نیز پیشنهادهایی در مورد اجرای کارآزمایی‌های بالینی بیشتر در زمینه اختلال‌های روان‌شناختی زنان باردار ارائه شده است (میکلوویتز و همکاران، ۲۰۱۵؛ دهیلون و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین فراهم ساختن یک مداخله درمانی مناسب در بین این جمعیت ضروری است. از سوی دیگر یک نظریه خوب بایستی از طریق روش‌های مبتنی بر تجربه، آزمون پذیر باشد. تصویر معمول پیشرفت در علم آن است که نظریه‌ها تابع آزمایش شدن و سپس تابع اصلاح تدریجی باشند. در حقیقت نظریه از طریق توالی آزمایش‌ها و تغییرها تا زمانی که تمامی داده‌های موجود

را بتواند تا حد دقیقی هدایت کند؛ تکامل می‌یابد (هومن، ۱۳۸۷). بر این اساس زمانی که یک نظریه درمانی و مداخله‌ای تدوین می‌شود؛ اثربخش بودن یا نبودن آن در درمان اختلال‌های مختلف و در بین جامعه آماری مختلف از جمله زنان باردار، در چارچوب پژوهش‌های کنترل شده بررسی و تعیین می‌شود. از سوی دیگر شناخت مسائل و مشکلات حاصل از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اختلال‌های خلقی و افسردگی در دوران بارداری مادر و جنین و نیز تبعات و هزینه‌هایی را که برای خانواده‌ها و نسل‌های بعدی به‌جای می‌گذارد؛ از اهمیت خاصی برخوردار است و انجام پژوهش‌هایی از این دست را برجسته می‌کند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و راهبردهای تنظیم هیجان در بین زنان باردار انجام شد تا فرضیه‌های زیر را بیازماید.

۱. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و راهبردهای باز ارزیابی و فرونشانی تنظیم هیجان زنان باردار مؤثر است.
۲. تأثیر درمان بر متغیرهای پژوهش در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش شبه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه و جامعه آماری ۵۰۰ نفر از زنان در دوره ۱ تا ۶ ماهگی بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان قروه در استان کردستان بود. با نمونه‌گیری در دسترس ۲۶۳ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند؛ فهرست و ۳۰ نفر پس از ارزیابی بالینی انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل سواد راهنمایی، نمره بالاتر از ۱۹ در پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و معیارهای خروج نیز داشتن علائم روان‌پریشی نظیر توهم و هذیان، وجود هرگونه بیماری جسمی زیربنای علائم افسردگی یا اضطراب، وجود اختلال‌های شخصیت، دریافت داروهای روان‌پزشکی و داشتن دوره روان‌درمانی در شش ماه گذشته به دلیل امکان مخدوش نمودن نتایج پژوهش حاضر بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۱. این پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای توسط بک، استیر و براون (۱۹۹۶) بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ برای هر ماده تدوین شده است. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۴) با اجرای آن در مورد نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا

1. Beck Depression Inventory-II (BDI- II)

را ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دو نیمه را ۰/۸۹ و پایایی باز آزمایی به فاصله یک هفته آن را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. کاویانی (۱۳۸۷) در پژوهش خود ضریب روایی آن را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و همسانی درونی آن را ۰/۹۱ و بشارت (۱۳۸۳) ضریب آلفای کرونباخ آن را برای نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ و برای نمونه‌ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش بشارت (۱۳۸۳) ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار و بیمار در دو نوبت با فاصله یک هفته تا ده روز برای سنجش پایایی باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز ضرایب روایی همگرا و آلفای کرونباخ این مقیاس به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. **مقیاس پاسخ نشخوارگونه**^۱: این مقیاس ۲۲ ماده‌ای توسط نولن-هوکسما و مورو (۱۹۹۱) و با نمره‌گذاری روی مقیاس ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴ تدوین شده است که دامنه‌ای بین ۲۲ تا ۸۸ را در بر می‌گیرد. این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان دهنده همسانی درونی بالای آن است (لومیت، ۲۰۰۴). همبستگی درون طبقه‌ای برای پنج بار اندازه‌گیری ۰/۷۵ و همبستگی باز آزمایی برای مدت بیش از ۱۲ ماه ۰/۶۷ (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴) و آلفای کرونباخ در نمونه‌های ایرانی ۰/۹۰ و ضریب پایایی باز آزمایی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ گزارش شده است (لطفی نیا، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر ضرایب روایی همگرا و آلفای کرونباخ این مقیاس به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمد.

۳. **پرسشنامه تنظیم هیجان**^۲: این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳) بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۷ تهیه شده است و تفاوت‌های افراد را در زمینه دو راهبرد تنظیم هیجان بررسی می‌کند. ۶ ماده ارزیابی مجدد شناختی با سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰ و ۴ ماده فرونشانی با سؤال‌های ۲، ۴، ۶ و ۹ اندازه‌گیری می‌شود. برای نسخه اصلی این پرسشنامه، همسانی درونی ۰/۸۰ و پایایی باز آزمایی ۲ ماهه برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۶۷ و برای خرده مقیاس فرونشانی ۰/۷۱ گزارش شده است. این ابزار در فرهنگ‌های مختلف به کار رفته و مشخصات روان‌سنجی مناسبی نیز برای آن گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در دانشگاه میلان ایتالیا، برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است (بالزاروتی، جان و گراس، ۲۰۱۰). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان (۲۰۰۳) در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده (۱۳۹۱) هنجاریابی شده و اعتبار آن بر اساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰

1. Ruminative Response Scale (RRS)
2. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

تا ۰/۸۱ و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ۰/۱۳ و روایی ملاکی مطلوب برای آن گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب روایی همگرا و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب برای زیر مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۰ و برای زیر مقیاس فرونشانی ۰/۸۲ به دست آمد.

۴. مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. در این پژوهش جلسه‌های هفتگی این مداخله درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طبق برنامه طراحی شده توسط سگال، ویلیامز و تیزدیل (۲۰۱۸) و دیمیچیان، گودمن، فلدر، گالوپ، براون و بک (۲۰۱۶) به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. پس از خوشامدگویی و آشنایی اولیه افراد گروه با یکدیگر، درباره قوانین و مقررات گروه از جمله رازداری، حضور منظم و غیره توضیح داده شد. در این جلسه اطلاعاتی درباره افسردگی و اضطراب و تأثیر آن بر مادر و جنین ارائه و سپس درباره ماهیت ذهن آگاهی شامل تمرین دستیابی به آگاهی بدون قضاوت در زندگی روزمره و همچنین درباره اینکه بسیاری از مردم به شیوه ذهن ناآگاهانه زندگی می‌کنند و اغلب به آنچه انجام می‌دهند؛ توجهی نمی‌کنند؛ بحث و همچنین بیان شد که ذهن آگاهی راه سالم زندگی کردن است که می‌توان از دو راه رسمی و غیررسمی آن را تمرین کرد. سپس به مدت ۳۰ دقیقه آرمیدگی و مراقبه واریسی بدن با ۱۶ گروه عضلانی آموزش داده شد. در پایان جلسه از شرکت کنندگان خواسته شد که پرسشنامه‌های پیش آزمون را تکمیل کنند و در نهایت برگه‌های خود خوانی در مورد افسردگی و ذهن آگاهی به‌منظور تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه دوم. در این جلسه تمرین رسمی بررسی آگاهانه و هشیاری در فعالیت‌های روزمره آموزش داده شد و تن آرامی از طریق ایجاد تنش و رهایی عضلات اجرا شد. شرکت کنندگان به انجام مراقبه واریسی بدن تشویق شدند و سپس در مورد این تجربه و موانع انجام تمرین، مانند برقراری و پرسه زدن ذهن و نیز راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای مساله غیر قضاوتی بودن و نحوه رها کردن افکار مزاحم، بحث شد. مراقبه نشسته و واریسی بدن به‌عنوان تمرین رسمی و همچنین ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزمره جدید به‌عنوان تمرین غیررسمی بررسی آگاهانه به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه سوم. ابتدا تمرین‌های رسمی و غیررسمی بررسی آگاهانه جلسه قبل مرور شد. برای آموزش مراقبه نشسته و ذهن آگاهانه با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی به شکل تنفس ۳ دقیقه‌ای متمرکز، هشیارانه و بدون قضاوت، از شرکت کنندگان خواسته شد که روی صندلی خود در حالی که در لحظه حضور دارند؛ بنشینند و به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۳ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این مراقبه دارای سه مرحله توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن بود. مراقبه نشسته و واریسی بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاهانه، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای

تنفسی، ذهن آگاهی در مورد یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی در مورد یک رویداد ناخوشایند مانند مشاخره با همسر یا فردی دیگر به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم. این جلسه با مراقبه نشسته همراه با توجه کردن به تنفس، بدن، صداها و افکار یعنی مراقبه نشسته با چهار مؤلفه اصلی آن آغاز و در ادامه در مورد استرس و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های استرس‌زا و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین بحث شد. سپس راه رفتن و قدم زدن آگاهانه در زمان حال همراه با رها کردن فکر و بدون فکر کردن به گذشته یا آینده تمرین شد. در ادامه درباره گفتگوی درونی با خود، شیوه‌های همیشگی تفکر مانند فاجعه سازی، ذهن خوانی، بزرگ‌نمایی، بایدها، سرزنش خود و سایر تحریف‌های شناختی صحبت شد. مراقبه نشسته، وارسی بدن یا یکی از حرکت‌های بدنی ذهن آگاه و تمرین شناسایی تحریف‌های شناختی به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه پنجم. تمرین مراقبه نشسته با تأکید بر توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار اجرا و گفته شد که به دامنه وسیعی از احساس‌های بدنی خود نظیر درد، خارش، سوزش، سبکی، سنگینی، گرما، سرما و یا عدم احساس توجه کنند؛ ضمن اینکه برخی از این حس‌ها ممکن است؛ با افکار و یا هیجان‌هایی همراه شوند. در ضمن، درباره اذعان و پذیرش واقعیت موجود همانگونه که هست بحث شد. تمرین حرکت‌های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن آگاهی در یک فعالیت جدید روزمره به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه ششم. در این جلسه نحوه تعمیم آگاهی نسبت به هر چیزی که با آن تماس داشتند؛ نظیر تماس صندلی با بدن، پاها با زمین، یا دست‌هایشان و هر چیزی که احساس می‌کردند با آن در تماس هستند؛ توضیح و در ادامه نیز بازبینی و مراقبه تنفس در فعالیت‌های روزمره و همچنین مراقبه نشسته، ذهن آگاهی احساس‌ها، ذهن آگاهی گوش دادن، ذهن آگاهی افکار و هیجان‌ها و تمرین‌های یوگای آگاهانه آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل تمرین حرکت‌های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای و تمرین‌های یوگای آگاهانه بود.

جلسه هفتم. این جلسه با مراقبه نشسته و آگاهی باز یعنی توجه به آنچه در لحظه وارد هوشیاری می‌شود؛ آغاز شد. مضمون این جلسه این بود که "بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟" در ادامه تمرینی ارائه شد که در آن شرکت کنندگان مشخص کردند؛ کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است. علاوه بر آن از آن‌ها خواسته شد که بگویند که چگونه می‌توانند؛ برنامه‌ای اتخاذ کنند که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. همچنین، تمرین مراقبه مهرورزی و شفقت نسبت به خود نیز اجرا شد. تمرین حرکت‌های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن آگاهی در یک فعالیت جدید روزمره به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه هشتم. این جلسه با مراقبه و آراسی بدن آغاز و سپس درباره نحوه به‌کار بستن آموخته‌های حاصل از فرایند درمان در زندگی واقعی، بررسی موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن دستاوردهای درمانی، نحوه مقابله با رویدادهای استرس‌زایی که احتمال عود را بالا می‌برند؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسه‌ها به همراه شرکت‌کنندگان؛ در میان گذاشتن تجارب اعضا با یکدیگر و دستاوردهای آن‌ها از جلسه‌ها بحث شد. در ادامه درباره کل جلسه‌های مداخله سؤال‌هایی از این قبیل مطرح شد که آیا شرکت‌کنندگان احساس می‌کنند که مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها افزایش یافته است؟ آیا از بهبود وضعیت خواب و کنترل افکار همراه با بودن در زمان حال و شاد بودن خود احساس رضایت دارند؟ آیا به انتظارات خود از درمان دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند؛ شخصیت آن‌ها رشد کرده است؟ همچنین منابع آموزشی بیشتری در خصوص ذهن آگاهی و نحوه مقابله با افسردگی معرفی شد. در نهایت نیز پس آزمون اجرا شد.

شیوه اجرا. نخست اجازه کتبی از مدیریت مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان قروه واقع در استان کردستان و سپس از آزمودنی‌های جهت انجام پژوهش اخذ و اطلاعات اولیه در مورد شرایط شرکت در پژوهش و اصول اخلاقی نظیر رضایت آگاهانه، آزادی برای خروج از پژوهش، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آن‌ها اعلام و پرسشنامه‌ها در مرحله پیش آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. به گروه آزمایش به مدت دو ماه در ۸ جلسه، روزهای یکشنبه و سه‌شنبه ساعت‌های ۱۰ تا ۱۲ ظهر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در یکی از مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان قروه ارائه و پس از آخرین جلسه پس آزمون و بعد از یک ماه، آزمون پیگیری برای هر دو گروه به‌صورت همزمان و در همان مرکز اجرا و پس از اتمام دوره درمانی دو جلسه آموزش اصول روان‌شناختی کلی برای گروه گواه اجرا شد و. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و طرح تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی زنان باردار گروه آزمایش ۲۸/۶۳ و ۳/۰۲ سال و گروه گواه ۳۰/۵۴ و ۴/۱۵ سال بود. در گروه آزمایش ۱۴/۶۴ درصد مدرک زیر دیپلم، ۲۷/۴۷ درصد دیپلم، ۵۷/۸۹ درصد تحصیلات دانشگاهی و در گروه گواه ۲۴/۴۸ درصد مدرک زیر دیپلم، ۲۸/۱۶ درصد دیپلم و ۴۷/۳۶ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه آزمایش ۳ زوج درآمد کمتر از ۱ میلیون و ۶ زوج درآمد بین ۱ تا ۲ میلیون، ۴ زوج درآمد بین ۲ تا ۳ میلیون و ۲ زوج درآمد بالای ۳ میلیون داشتند. در گروه گواه ۴ زوج درآمد کمتر از ۱ میلیون و ۵ زوج درآمد بین ۱ تا ۲ میلیون، ۴ زوج بین ۲ تا ۳ میلیون و ۲ زوج درآمد بالاتر از ۳ میلیون داشتند. میانگین طول مدت ازدواج در گروه آزمایش ۶ زوج (۴۰ درصد) زیر دو سال، ۸ زوج (۵۰ درصد) بین ۲ تا ۵ سال و ۱ زوج (۱۰ درصد)

بیش از ۵ سال و در گروه گواه ۵ زوج (۳۳ درصد) زیر دو سال، ۸ زوج (۵۳ درصد) بین ۲ تا ۵ سال و ۲ زوج (۱۴ درصد) بیش از ۵ سال بود. میانگین طول مدت هفته بارداری در گروه آزمایش ۱۸/۲۷ هفته و در گروه گواه ۱۶/۸۵ هفته بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

متغیر	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش			گروه گواه		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی	میانگین	۳۵/۷۶	۱۵/۱۵	۱۵/۵۳	۳۶/۶۰	۳۸/۸۶	۳۷/۸۰
	انحراف معیار	۱۰/۹۷	۲/۲۳	۳/۵۵	۷/۲۳	۶/۰۱	۷/۵۰
نشخوار فکری	میانگین	۶۱/۲۳	۴۲/۶۹	۴۲/۶۱	۵۷/۶۶	۵۸/۱۳	۵۷/۸۶
	انحراف معیار	۹/۰۸	۷/۰۲	۸/۲۸	۵/۵۶	۴/۵۸	۴/۴۰
بازارزیابی	میانگین	۱۸	۲۱/۶۹	۲۲/۳۰	۱۸/۷۳	۱۸/۶۰	۱۹/۴۶
	انحراف معیار	۴/۰۲	۲/۷۵	۲/۸۹	۳/۵۵	۲/۹۴	۳/۲۹
فرونشانی	میانگین	۱۳/۳۸	۱۱/۴۶	۱۱/۴۶	۱۳/۲۶	۱۳/۳۳	۱۳/۱۳
	انحراف معیار	۲/۲۱	۲/۸۱	۲/۴۳	۱/۴۳	۰/۸۱	۱/۸۴

جدول ۱ حاکی از کاهش نمره‌های افسردگی، نشخوار فکری و زیر مقیاس فرونشانی تنظیم هیجان و همچنین افزایش نمره‌ها در زیر مقیاس بازارزیابی شناختی تنظیم هیجان در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون خود و نسبت به گروه گواه است.

جدول ۲. نتایج آزمون لون، M باکس و کرویت موخلی متغیرهای پژوهش

متغیر	لون		M باکس		W موخلی	
	F	P	M	F	W	χ^2
افسردگی	۲۰/۸۰	۰/۱۰۶	۳۱/۲۳	۰/۱۱۹	۰/۳۳۸	۲۷/۱۲
نشخوار فکری	۰/۰۰۸	۰/۹۳۱	۳۸/۵۹	۵/۶۱	۰/۴۳۵	۲۰/۸۱
تنظیم باز ارزیابی	۰/۱۶۷	۰/۶۸۶	۸/۷۰	۱/۲۶	۰/۹۳۹	۱/۵۶
هیجان سرکوبی	۲/۵۰	۰/۱۲۶	۲۲/۲۵	۳/۲۳	۰/۹۲۸	۱/۸۶

در جدول ۲ نتایج آزمون لون حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها و معنادار نبودن آزمون ام، باکس و آزمون کرویت موخلی برای هیچ‌یک از متغیرها حاکی از برقراری شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها است.

جدول ۳. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها

گروه گواه	گروه آزمایش		زمان اندازه‌گیری	متغیر
	Z معناداری	Z معناداری		
۰/۲۰۰	۰/۱۶۳	۰/۲۰۰	۰/۱۱۹	پیش آزمون
۰/۲۰۰	۰/۱۷۸	۰/۲۰۰	۰/۱۴۳	پس آزمون
۰/۲۰۰	۰/۱۵۳	۰/۱۷۱	۰/۱۹۸	پیگیری
۰/۴۲۴	۰/۴۲۴	۰/۹۶۹	۰/۴۹۱	پیش آزمون
۰/۶۲۰	۰/۷۵۵	۰/۶۸۵	۰/۷۱۶	پس آزمون
۰/۶۴۸	۰/۷۳۷	۰/۷۶۴	۰/۶۶۸	پیگیری
۰/۰۸۲	۰/۱۵۲	۰/۲۰	۰/۱۴۸	پیش آزمون
۰/۰۹۹	۰/۱۵۴	۰/۲۱۸	۰/۱۴۴	پس آزمون
۰/۰۶۳	۰/۱۱۳	۰/۱۱۱	۰/۲۱۳	پیگیری
۰/۲۰۰	۰/۲۳۸	۰/۲۰۱	۰/۱۶۶	پیش آزمون
۰/۱۷۸	۰/۳۲۶	۰/۱۳۴	۰/۳۳۴	پس آزمون
۰/۱۹۶	۰/۲۱۴	۰/۱۲۹	۰/۱۸۷	پیگیری

اطلاعات جدول ۳ حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها در متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر متغیرها در دو گروه در سه مرحله

ضریب اتا	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	مؤلفه‌ها
۰/۶۰	۳۹/۰۹**	۱۳۴۹/۱۰	۲ و ۵۲	۱۶۲۳/۴۰	درون گروهی (مراحل)	افسردگی
۰/۶۶	۵۰/۷۵**	۵۰۵۸/۶۰	۱ و ۲۶	۵۰۵۸/۶۰	بین گروهی (مداخله)	
۰/۶۷	۵۵/۰۶**	۱۹۰۰/۲۰	۲ و ۵۲	۲۲۸۶/۵۴	تعامل (مراحل*مداخله)	
۰/۶۱	۴۲/۲۴**	۱۷۶۴/۳۹	۲ و ۵۲	۲۲۰۴/۶۶	درون گروهی (مراحل)	نشخوار فکری
۰/۵۷	۳۵/۶۵**	۲۸۲۴/۶۱	۱ و ۲۶	۲۸۲۴/۶۱	بین گروهی (مداخله)	
۰/۴۹	۲۵/۸۸**	۱۰۸۱/۰۱	۲ و ۵۲	۱۳۵۰/۷۵	تعامل (مراحل*مداخله)	
۰/۲۲	۷/۶۱**	۵۱/۹۲	۲ و ۵۲	۸۴/۳۴	درون گروهی (مراحل)	باز ارزیابی
۰/۲۶	۹/۲۷**	۱۴۵/۳۵	۱ و ۲۶	۱۴۵/۳۵	بین گروهی (مداخله)	
۰/۲۶	۹/۲۷**	۶۳/۲۱	۲ و ۵۲	۱۰۲/۶۷	تعامل (مراحل*مداخله)	
۰/۲۴	۸/۳۱**	۱۸/۱۶	۲ و ۵۲	۳۰/۸۹	درون گروهی (مراحل)	فرونشانی
۰/۱۵	۴/۶۹*	۲۶/۱۱	۱ و ۲۶	۲۶/۱۱	بین گروهی (مداخله)	
۰/۱۸	۵/۸۵**	۱۲/۷۸	۲ و ۵۲	۲۱/۷۴	تعامل (مراحل*مداخله)	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه‌گیری در متغیرهای افسردگی ($P = 0.001$)، نشخوار فکری ($P = 0.001$)، باز ارزیابی شناختی ($P = 0.02$) و فرونشانی ($P = 0.036$) معنادار است؛ بنابراین می‌توان

گفت؛ آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم افسردگی، نشخوار فکری و راهبردهای تنظیم هیجان زنان باردار اثر داشته است. همچنین اثر تعاملی برای افسردگی حدود ۶۷ درصد، نشخوار فکری ۴۹ درصد، راهبرد بازاریابی شناختی تنظیم هیجان حدود ۲۶ درصد همگی در سطح $P = 0/001$ و راهبرد فرونشانی حدود ۱۸ درصد ($P = 0/008$) معنادار است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس درون گروهی یک راهه گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجذور اتا
افسردگی	آزمایش	۴۷/۶۷**	۲ و ۲۴	۰/۷۹
	گواه	۳/۱۸	۲ و ۲۸	-
نشخوار فکری	آزمایش	۴۸/۵۳**	۲ و ۲۴	۰/۸۰
	گواه	۱/۴۳	۲ و ۲۸	-
باز ارزیابی	آزمایش	۱۰/۶۴**	۲ و ۲۴	۰/۴۷
	گواه	۰/۳۲	۲ و ۲۸	-
فرونشانی	آزمایش	۱۰/۶۹**	۲ و ۲۴	۰/۴۷
	گواه	۰/۵۲	۲ و ۲۸	-

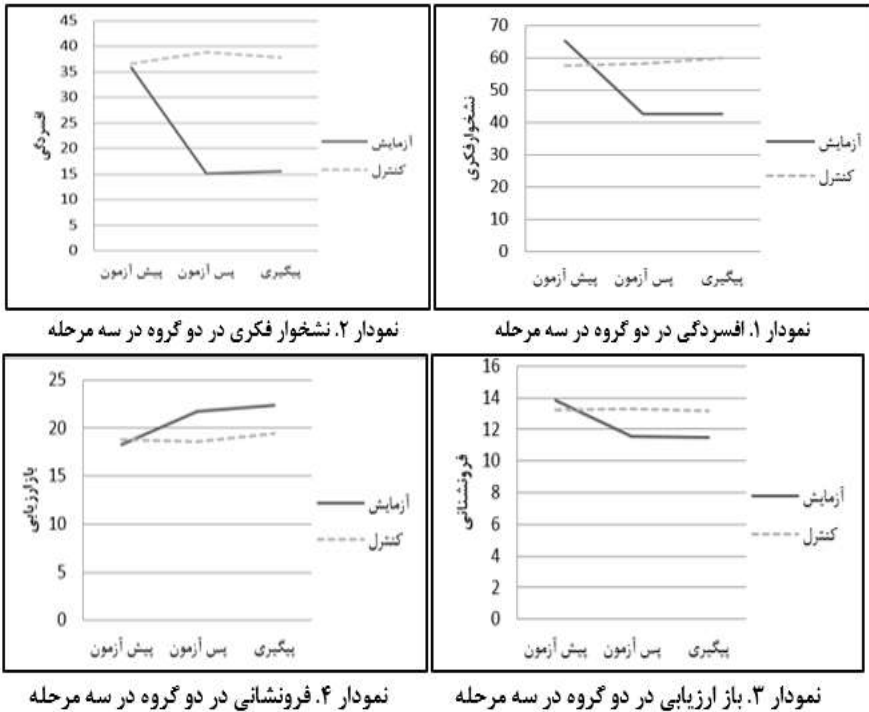
نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در متغیرهای افسردگی، نشخوار فکری، باز ارزیابی شناختی و فرونشانی همگی در سطح $P = 0/001$ معنادار است. ولی تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه گواه در هیچ‌یک از متغیرها معنادار نیست.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرینی به‌منظور مقایسه‌های جفتی میانگین‌های گروه‌ها

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۰/۶۱*	۲/۷۹	-۲/۲۶	۰/۸۲
	پیش‌آزمون-پیگیری	۲۰/۲۳**	۳/۰۴	-۱/۲۰	۱
نشخوار فکری	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۳۸	۰/۶۳	۱/۰۶	۰/۸۵
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۹/۳۸*	۲/۵۹	۲/۲۶	۱/۸۲
باز ارزیابی	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۹/۴۶*	۲/۹۲	۲/۴۶	۱/۷۸
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۷	۰/۵۱	۰/۲۰	۱/۱۴
فرونشانی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴/۳۸*	۱/۲۵	۰/۴۶	۰/۷۳
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۴/۵۳*	۱/۲۵	۰/۱۰	۰/۷۲
پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۵	۰/۷۷	-۰/۴۶	۰/۵۱
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۳۰*	۰/۶۷	۰/۱۰	۰/۳۳
پیگیری	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۳۸*	۰/۶۴	۰/۴۰	۰/۵۶
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۷	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۴۲

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

در جدول ۶ مقایسه آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که تفاوت میانگین‌های گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سه زمان پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله بر علائم افسردگی، نشخوار فکری و راهبردهای تنظیم هیجان در زنان باردار گروه آزمایش و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری است؛ در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست.



شکل ۱. نمودارهای مربوط به اثربخشی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، نشخوار فکری، باز ارزیابی و فرونشانی در دو گروه

در شکل ۱ در نمودارهای ۱ الی ۴ اثر تعاملی مداخله در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش و گواه دیده می‌شود؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش قابل توجه میانگین متغیرهای افسردگی، نشخوار فکری و فرونشانی و افزایش باز ارزیابی در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون خود گروه و نسبت به گروه گواه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی شناخت درماني مبتني بر ذهن آگاهي بر کاهش نشانه‌های افسردگی و در راستای پژوهش‌های ديميجيان و همکاران (۲۰۱۶)، میکلوویتز و همکاران (۲۰۱۵)، دهلیون و همکاران (۲۰۱۷)، هافمن، وایت و ساویر (۲۰۱۰)، بختیاری و عابدی (۱۳۹۱) بود. ادبیات پژوهشی و پژوهش‌های مروری نیز قویاً نشان داده‌اند که شناخت درماني مبتني بر ذهن آگاهي، درماني مؤثر برای افسردگی است. چندین مداخله کار آزمایي باليني نشان داده‌اند که شناخت درماني مبتني بر ذهن آگاهي یک درمان کم هزینه است که به‌طور قابل توجهی کاهش خطر ابتلا به افسردگی را در افرادی که سه یا بیش از سه دوره افسردگی اساسی را در طول عمر خود تجربه کرده‌اند؛ به همراه داشته است (کریسول، ۲۰۱۷؛ دهلیون و همکاران، ۲۰۱۷). در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که علائم ناتوان کننده افسردگی شامل تفکر تحریف شده، ناامیدی و عدم تمرکز می‌تواند به تمام حوزه‌های زندگی فرد آسیب برساند. به‌عنوان مثال، تمرکز ضعیف می‌تواند کار یا تحصیلات فرد را مختل کند؛ افکار منفي می‌تواند منجر به احساسات منفي و در نهایت باعث تشدید علائم افسردگی شود. ذهن آگاهي و یا توجه کامل به زمان حال، می‌تواند در بهبود علائم شناختی افسردگی بسیار مفید باشد. یافته‌های امیدوارکننده اخیر به‌کارگیری و اجرای فن‌های ذهن آگاهي را در درمان علائم افسردگی در جوامع هدف متفاوت نشان داده‌اند (زمستاني و اوتاویانی، ۲۰۱۶؛ زمستاني، داودی، مهرابی زاده هنرمند، زرگر و اوتاویانی، ۲۰۱۵). زیرا تمرکز بر زمان حال باعث می‌شود که افراد از افکار منفي خود، آگاه شوند و بدون قضاوت افکار، متوجه شوند که این افکار بازتاب دقیقی از واقعیت نیستند (مارچاند، ۲۰۱۲؛ محمدی شیر محله، جمهوری، کراسکیان و ملیحی الذاکرینی، ۱۳۹۵). در شناخت درماني مبتني بر ذهن آگاهي، فرد یاد می‌گیرد که توجه بیشتری به لحظه کنونی کند و افکار و عقاید منفي را که موجب افسردگی می‌شوند؛ از ذهن خود دور کند. همچنین فرد آگاهي بیشتری از علائم بدنی خود به دست می‌آورد و قبل از اینکه دچار افسردگی شود؛ می‌تواند استرس و علائم افسردگی را شناسایی کند (کویکن، هیز، بارت، بینگ، دالگلیش، کسلر و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج این پژوهش حاکی از تاثیر شناخت درماني مبتني بر ذهن آگاهي بر نشخوار فکری زنان باردار و در راستای پژوهش‌های محمدپور، تاجیک زاده و محمدی (۱۳۹۵) و مارتین-آسورو و گارسیاباندا (۲۰۱۰) بود. در پژوهش مارتین-آسورو و گارسیاباندا (۲۰۱۰) نتایج نشان داد که شناخت درماني مبتني بر ذهن آگاهي منجر به کاهش نشخوار فکری، پریشانی روانی و عواطف منفي می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان کرد که نشخوار فکری و تکرار ذهنی افکار منفي از جمله ویژگی‌های افراد دچار اختلال‌های خلقی است و این مساله همچنان به افزایش افسردگی در آن‌ها منجر می‌شود. افراد دارای نشخوار فکری مشکل خود را حل نشدنی و تحمل

ناپذیر ارزیابی می‌کنند و از این رو، برای یافتن راه حل‌های بهتر و مؤثرتر تلاش نمی‌کنند و در نتیجه راهبردهای حل مساله آن‌ها آسیب می‌بیند و در حل مشکلات شکست می‌خورند. با توجه به یافته‌های پژوهشی می‌توان نتیجه گرفت که با استفاده از فن‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله آموزش انعطاف‌پذیری شناختی، بهبود توجه، تمرکز زدایی، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجان‌ها می‌توان باعث کاهش نشخوار فکری و به دنبال آن بهبود افسردگی شد. در واقع این شیوه درمانی از طریق تمرکز بر زمان حال و با توجه به اتفاقات مثبت کمک می‌کند تا بیماران افسرده کمتر به افکار منفی توجه و کمتر آن‌ها را در ذهن خود نشخوار کنند و از این طریق بهتر بتوانند علائم افسردگی خود را کنترل کنند.

همچنین نتایج این پژوهش حاکی از تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان باردار و در راستای پژوهش بریتون، شاهر، زپسنوول و جیکوبز (۲۰۱۲) در زمینه تنظیم هیجان بود. یکی از مسائل مهم در حوزه سلامت روان، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به فرایندی که طی آن افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی را تجربه کنند؛ یا اینکه چه وقت و چگونه آن هیجان را تجربه و ابراز کنند؛ اشاره دارد (گراس، ۲۰۱۵). متخصصان حوزه سلامت بر این باورند که اختلال در تنظیم هیجان، نقش اصلی را در تداوم و افزایش اختلال‌های روانی و رفتارهای ناسازگارانه دارد (آلدو، نولن-هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰؛ کرینگ و سولان، ۲۰۰۹). راهبردهای تنظیم هیجان نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان و اختلال‌های روان‌پزشکی همچون افسردگی و اضطراب (کیسلر و اولاتونجی، ۲۰۱۲؛ بهشتی، زمستانی و رضاعی، ۱۳۹۷)، اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی (فاولر، مادان، آلن، اولدهام، فروئه، ۲۰۱۹) افکار خودکشی (زمستانی، یوسفی و کشاورزی، ۱۳۹۴)، بی‌اشتهای عصبی (سوان، اسمیت و چانتورا، ۲۰۱۲) دارد. ساکسنا، دویی و پاندی (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند که دشواری در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی، عواملی مهم و تأثیرگذار در کاهش سلامت روانی افرادند. به‌طور کلی در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی حداقل یک نشانه مرضی که بازتاب اختلال در هیجان‌ها باشد؛ وجود دارد.

در واقع آنگونه که در متون قدیمی‌تر آمده است؛ به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی از طریق نوعی آموزش روانی مؤثر واقع می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۱۸). در اصل، فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود منجر به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌شود. بر اساس این فرض، کسانی که در گذشته افسرده بوده‌اند؛ به لحاظ الگوی تفکر از کسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند؛ متفاوت هستند. به این ترتیب، با وجود

الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد که در اثر گرفتگی خفیف خلق و در نتیجه باز فعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از افسردگی شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (متکالف، گلد، دیویس، سیلویا و بتل، ۲۰۱۹). برخی از قوی‌ترین شواهد موجود در ادبیات پژوهشی در مورد مداخلات ذهن آگاهی نشان می‌دهند که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی در طی مرحله پیگیری پایدار است (سگال و همکاران، ۲۰۱۸). این شواهد، نتایج مرحله پیگیری پژوهش حاضر مبنی بر پایدار بودن تأثیر درمان پس از گذشت ۱ ماه را توضیح می‌دهند. در نهایت می‌توان نتیجه‌گیری کرد؛ از آنجا که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب بهبود علائم افسردگی و ارتقاء راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در زنان باردار می‌شود؛ می‌توان از این روش درمانی که کم هزینه و کارآمد است؛ برای درمان اختلال‌های هیجانی و بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان باردار استفاده کرد.

از میان محدودیت‌های پژوهش لازم است به محدود بودن انتخاب آزمودنی‌ها به شهرستان قروه واقع در استان کردستان اشاره کرد که تعمیم نتایج را به سایر استان‌ها و فرهنگ‌ها محدود می‌سازد.

موازین اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل محرمانه ماندن اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی، رازداری، حق انتخاب آن‌ها برای ادامه و یا انصراف از شرکت در جلسه‌های مداخله یا پاسخگویی به پرسشنامه‌ها رعایت شد. در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به پاسخگویی به تمامی سؤال‌ها، آزمودنی‌ها درمورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند.

سیاسگزاری

از مسئولان مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان قروه و کلیه زنان باردار شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در رشته روان‌شناسی بالینی است.

منابع

اسدی نوقایی، احمدعلی، و ذوالفقاری، میترا. (۱۳۹۰). پرستاری بهداشت مادران و نوزادان. تهران: نشر و تبلیغ بشری.

بختیاری، آزاده، و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۲): ۹-۲۴.

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۳). بررسی مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی بک. گزارش پژوهشی: دانشگاه تهران.

بهشتی، نگار، زمستانی، مهدی، و رضاعی، فرزین. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری معطوف بر عدم تحمل ابهام و درمان دارویی بر مؤلفه‌های نگرانی، عدم تحمل ابهام و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۴(۳): ۲۵۵-۲۴۰.

زمستانی، مهدی، یوسفی، ناصر، و کشاورزی، سارا. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی همراه با آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی در دختران اقدام کننده به خودکشی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۵(۳): ۱۲۰-۱۰۷.

فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمد کاظم، و دابسون، کیت استفان. (۱۳۸۴). ساختارهای معنا‌گذاری/ طرحواره‌ها و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۱(۳): ۳۲۶-۳۱۲.

قاسم پور، عبدالله، ایل بیگی، رضا، و حسن زاده، شهناز. (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی. *ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران*.

قضایی، مریم، داودی، ایران، نیسی، عبدالکاسم، مهرابی زاده هنرمند، مهناز، و بساک نژاد، سودابه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و آموزش روانی بر ترس از زایمان طبیعی و متغیرهای مرتبط با آن. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۱): ۱۲۵-۱۰۳.

کاویانی، حسین، و موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶(۲): ۱۴۰-۱۳۶.

لطفی نیا، علی. (۱۳۸۶). مقایسه روش حل مساله در دانشجویان افسرده همراه با نشخوار فکری و حواس‌پرتی. رساله دکترای تخصصی. رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

محمدپور، سمانه، تاجیک زاده، فخری، و محمدی، نورالله. (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۱): ۱۹۸-۱۸۷.

محمدی شیر محله، فاطمه، جمهری، فرهاد، کراسکیان، آدیس، و ملیحی الذاکرنی، سعید. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و قندخون بیماران دیابتی با نوع شخصیت بازدارنده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۲): ۱۵۶-۱۳۹.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۵). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2): 217-237.
- Arch, J. J., Dimidjian, S., & Chessick, C. (2012). Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy? *Archives of Women's Mental Health*, 15(6): 445-457.
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. 26(1): 61-67.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2): 490-498.
- Biebel, K., & Alikhan, S. (2016). Paternal postpartum depression. *Journal of Parent and Family Mental Health*, 1(1): 1-5.
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepeswol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(2): 365-380.
- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3): 182-187.
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1): 491-516.
- Davies, H., Swan, N., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6): 476-483.
- Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-based interventions during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 3(1): 1-17.
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(2): 134-145.
- Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R., & Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: Effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, 15(2): 139-143.
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnulle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4): 563-571.

- Fortinash, K. M., & Worret, P. A. H. (2014). *Psychiatric mental health nursing*. E-Book: Elsevier Health Sciences.
- Fowler, J. C., Madan, A., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2019). Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, 62(1): 856-860.
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitivetherapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health*, 17(5), 373-387.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169-183.
- Kendall-Tackett, K. (2010). Four research findings that will change what we think about perinatal depression. *The Journal of perinatal education*, 19(4), 7-19.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*: Guilford Press.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., & Cardy, J. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73.
- Ladan F, B. B., Atefvahid K, Dabson S., (2003). Mnagzary structures schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of the conceptual framework. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 11(3), 312-326.
- Luminet, O. (2004). Assessment and measurement of rumination. In C. Papageorgiou and A. Wells (Eds.), *Rumination: Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression*. (pp. 187-215). Chichester: Wiley.
- Marchand, W. (2012). *Depression and Bipolar Disorder: YourGuide to Recovery*: Bull Publishing Company.
- Martín-Asuero, A., & García-Banda, G. (2010). The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, (2)13, 897-905.
- Metcalfe, C. A., Gold, A. K., Davis, B. J., Sylvia, L. G., & Battle, C. L. (2019). Mindfulness as an Intervention for Depression. *Psychiatric Annals*, 49(1), 16-20.

- Miklowitz, D. J., Semple, R. J., Hauser, M., Elkun, D., Weintraub, M. J., & Dimidjian, S. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women with depression or bipolar spectrum disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5), 590-600.
- Munk-Olsen, T., Gasse, C., & Laursen, T. (2012). Prevalence of antidepressant use and contacts with psychiatrists and psychologists in pregnant and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4): 318-324.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1): 115-123.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester: Wiley.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6): 1032-1040.
- Saxena, P., Dubey, A., & Pandey, R. (2011). Role of emotion regulation difficulties in predicting mental health and well-being. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 18(2): 23-31.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., & Soulsby, J. M., & Lau, MA (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4): 615-623.
- Varcarolis, E. M. (2016). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. E-Book: A communication approach to evidence-based care: Elsevier health sciences.
- Vieten, C., & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: Results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1): 67-74.
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1): 1-22.
- Wardrop, A. A., & Popadiuk, N. E. (2013). Women's experiences with postpartum anxiety: Expectations, relationships, and sociocultural influences. *The Qualitative Report*, 18(3): 1-24.
- Zemestani, M., & Ottaviani, C. (2016). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for co-occurring substance use and depression disorders. *Mindfulness*, 7(6): 1347-1355.
- Zemestani, M., Davoodi, I., Mehrabizadeh Honarmand, M., Zargar, Y., & Ottaviani, C. (2015). Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioral activation in moderately depressed students. *Journal of Mental Health*, 12(1):1-7.

پرسشنامه تنظیم هیجان

کاملاً موافق	کاملاً مخالف	عبارت‌ها
۷	۱	۱. وقتی می‌خواهم احساس مثبت‌تری مانند لذت یا تفریح داشته باشم؛ فکرم را به سمت آن احساس مثبت سوق می‌دهم.
۷	۱	۲. من احساسات خودم را به دیگران ابراز نمی‌کنم.
۷	۱	۳. وقتی می‌خواهم احساس منفی کمتری مانند غمگینی و خشم داشته باشم؛ فکرم را به سمت آن احساس مثبت سوق می‌دهم.
۷	۱	۴. وقتی احساس مثبتی دارم مراقبت می‌کنم که آن را ابراز نکنم.
۷	۱	۵. وقتی با یک موقعیت استرس‌زا مواجه می‌شوم سعی می‌کنم طوری در مورد آن موقعیت فکر کنم که به من آرامش دهد.
۷	۱	۶. من احساساتم را با عدم ابراز آن‌ها گواهی می‌دهم.
۷	۱	۷. وقتی می‌خواهم احساس مثبت‌تری داشته باشم طرز تفکرم را در مورد آن موقعیت تغییر می‌دهم.
۷	۱	۸. احساساتم را با تغییر طرز تفکر در مورد موقعیت موجود گواهی می‌کنم.
۷	۱	۹. وقتی احساس منفی دارم در خودم این اطمینان را ایجاد می‌کنم که آن احساس را بیان نکنم.
۷	۱	۱۰. وقتی می‌خواهم احساس منفی کمتری داشته باشم طرز تفکرم را در مورد آن موقعیت تغییر می‌دهم.

مقیاس پاسخ نشخوار گونه

همیشه	کاملاً	کمی	کمی	کاملاً	عبارت‌ها
۳	۲	۱	۰	۰	۱. فکر می‌کنید که چقدر احساس تنهایی می‌کنید.
۳	۲	۱	۰	۰	۲. فکر می‌کنید که اگر در همین حالت باقی بمانید، نمی‌توانید وظایف‌تان را انجام دهید.
۳	۲	۱	۰	۰	۳. فکر می‌کنید که چقدر احساس خستگی و دردمندی دارید.
۳	۲	۱	۰	۰	۴. فکر می‌کنید که چقدر تمرکز کردن دشوار است.
۳	۲	۱	۰	۰	۵. فکر می‌کنید: "من چه کار کرده‌ام که به این حالت دچار شده‌ام".
۳	۲	۱	۰	۰	۶. فکر می‌کنید که چقدر بی‌حوصله و بی‌انگیزه‌اید.
۳	۲	۱	۰	۰	۷. با بررسی وقایع اخیر سعی می‌کنید بفهمید که چرا افسرده شده‌اید.
۳	۲	۱	۰	۰	۸. فکر می‌کنید: "چرا نسبت به همه چیز بی‌تفاوت شده‌ام".
۳	۲	۱	۰	۰	۹. فکر می‌کنید: "چرا دیگر نمی‌توانم ادامه بدهم".
۳	۲	۱	۰	۰	۱۰. فکر می‌کنید: "چرا اغلب این‌گونه به مسائل واکنش نشان می‌دهم".
۳	۲	۱	۰	۰	۱۱. با خود خلوت می‌کنید تا برای این احساسات خود جوابی پیدا کنید.
۳	۲	۱	۰	۰	۱۲. افکار‌تان را یادداشت و آن‌ها را بررسی می‌کنید.
۳	۲	۱	۰	۰	۱۳. به اوضاع اخیر فکر می‌کنید و آرزو می‌کنید که ای کاش اوضاع بهتر از این بود.
۳	۲	۱	۰	۰	۱۴. فکر می‌کنید: "اگر نتوانید جلوی این احساسات‌تان را بگیرید، قادر نخواهید بود تمرکز داشته باشید".
۳	۲	۱	۰	۰	۱۵. به این فکر می‌کنید که: "چرا مشکلاتی دارم که دیگران ندارند؟"
۳	۲	۱	۰	۰	۱۶. فکر می‌کنید: "چرا نمی‌توانم بهتر از عهده اداره امور برایم".
۳	۲	۱	۰	۰	۱۷. فکر می‌کنید که چه قدر غمگین هستید.
۳	۲	۱	۰	۰	۱۸. به همه نکات ضعف، شکست‌ها، کاستی‌ها و اشتباهات خود فکر می‌کنید.
۳	۲	۱	۰	۰	۱۹. فکر می‌کنید چرا آن قدر سرحال نیستید که بتوانید کاری انجام دهید.
۳	۲	۱	۰	۰	۲۰. سعی می‌کنید شخصیت خود را بررسی کنید تا بفهمید چرا افسرده‌اید.
۳	۲	۱	۰	۰	۲۱. تنهایی به جایی می‌روید که بتوانید درباره احساسات‌تان فکر کنید.
۳	۲	۱	۰	۰	۲۲. فکر می‌کنید که چرا این قدر از دست خودتان عصبانی هستید.
