



The Effect of Mindfulness-Based Art Therapy on Metacognitive Beliefs and Mindfulness in Women with Depression

Forough Zahedzadeh^{1,2, ID}, Reza Johari Fard^{2,*}

¹ MSc in Psychology, Department of Psychology, Science and Research Khuzestan, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Reza Joohari Fard, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: rjoharifard@gmail.com

Received: 25 Jan 2018

Accepted: 01 Sep 2018

Abstract

Introduction: The spread of depression and its effects in society, especially women, researchers and psychologists have led many to attempt to invent and provide effective methods of treatment in this field. The purpose of this study was to determine the effect of group-based mental awareness-based mental therapy on meta-cognitive beliefs and depression of minded women.

Methods: The present study was quasi-experimental. The statistical population of the present study comprised all women referred to Ahwaz counseling clinics who had received depression diagnosis. The research sample consisted of 30 patients who were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Training sessions (8 sessions) were conducted twice weekly and for two hours for the experimental group. Before and after the educational sessions, questionnaires were conducted in both groups. In order to collect data, Wales meta-cognitive beliefs questionnaire and five-point questionnaire were used. For data analysis, univariate covariance analysis (ANCOVA) was used with SPSS software version 22.

Results: The results of this study showed that group-based mind-focused art therapy affects metacognitive beliefs and mindfulness of depressed women at a significant level ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the findings of this study, mental health and behavioral health practitioners can use mindfulness therapy to improve the metacognitive beliefs and mindfulness of women with depression.

Keywords: Art Therapy, Mindfulness, Metacognitive Beliefs, Depression, Women



بررسی تأثیر هنر درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی زنان مبتلاء به افسردگی

فروغ زاهدزاده^۱، رضا جوهری فرد^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، اهواز، ایران
^۲ گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، اهواز، ایران
 * نویسنده مسئول: رضا جوهری فرد، استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، اهواز، ایران.
 ایمیل: rjoharifard@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۰۵

چکیده

مقدمه: گسترش افسردگی و اثرات ناشی از آن در افراد جامعه خصوصاً زنان، پژوهشگران و روانشناسان بسیاری را به تلاش برای ابداع و ارائه روش‌های مؤثر درمان‌ها در این زمینه واداشته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر هنر درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی زنان افسرده انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر اهواز تشکیل داده که تشخیص اختلال افسردگی را دریافت کرده بودند. نمونه پژوهش نیز در برگزیده ۳۰ نفر از این مراجعین بود که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به صورتی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. جلسات آموزشی (۸ جلسه) در قالب هفته‌ای دوبار و به مدت دوساعت، برای گروه آزمایش انجام شد. قبل و بعد از اجرای جلسات آموزشی، پرسشنامه‌های پژوهش در هر دو گروه اجرا شد. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های باورهای فراشناخت و لز و پرسشنامه پنج وجهی بائر استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان داد که هنر درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی زنان افسرده، در سطح معناداری ($P < 0/05$) اثر دارد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، متخصصان سلامت رفتار و روان می‌توانند برای بهبود باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی زنان مبتلاء به افسردگی از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده کنند.

واژگان کلیدی: هنر درمانی، ذهن آگاهی، باورهای فراشناختی، افسردگی، زنان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

فردی و گروهی مورد بررسی قرار داده‌اند [۳]. به نظر می‌رسد درمان‌های ذهن آگاهی یا درمان‌های موج سوم که درمان شناختی-رفتاری را تکمیل کرده‌اند به عنوان درمان‌های مناسب برای افسردگی و سایر اختلالات مشابه مؤثر باشند [۴]. در این درمان‌ها، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت و در گام اول به بیمار آموزش داده می‌شود که هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در «اینجا و اکنون»، از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود [۵]. به همین دلیل در این درمان‌ها تکنیک‌های شناختی رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند [۶]. کابات‌زین

افسردگی اختلال روانی ناتوان کننده‌ای است که با نرخ شروع ۱۷ درصد به عنوان شایع‌ترین اختلال روانپزشکی مطرح شده است [۱]. گسترش افسردگی و اثرات ناشی از آن در افراد جامعه خصوصاً زنان، پژوهشگران و روانشناسان بسیاری را به تلاش برای ابداع و ارائه روش‌های مؤثر درمان‌ها در این زمینه واداشته است [۲]. نتیجه این تلاش‌ها ارائه و اجرای مداخلات مختلف و بررسی اثربخشی آنها در درمان افراد افسرده بوده است. این مطالعات اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف، از جمله رویکردهای رفتاری، شناختی، شناختی-رفتاری، طرحواره درمانی، درمان‌های حمایتی، درمان‌های روان شناختی بین فردی و نیز رویکردهای جدیدتر، همچون درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت

افسردگی هستند. ذهن آگاهی نیز به معنای توجه کردن به یک روش خاص، متمرکز بر هدف، در زمان حال و بدون هرگونه قضاوت. حاصل این توسعه و پرورش توجه، افزایش آگاهی فرد نسبت به تجارب درونی، از جمله افکار و احساسات است [۸]. افراد ذهن آگاه واقعیت‌های درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند یا ناخوشایند) دارند [۲۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مراقبه ذهن آگاهی به فعال شدن ناحیه‌ای از مغز منجر می‌شود که نقش مهمی در ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن ایفا می‌کند [۲۲]. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند زمینه افزایش توانایی بیماران افسرده در تحمل حالت‌های هیجانی منفی را فراهم ساخته و این بیماران را برای مقابله مؤثرتر با علائم و نشانه‌های افسردگی را آماده می‌کند و آموزش ذهن آگاهی نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد لذا با استناد به مطالب پیشین می‌توان نتیجه گرفت که باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی از جمله مؤلفه‌های شناختی قابل اعتنا در اختلالات خلقی به ویژه در اختلال افسردگی می‌باشند که گمان می‌رود مداخله هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در تعدیل مؤلفه‌های مذکور مؤثر واقع شود. از این روی پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی زنان مبتلا به افسردگی انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود که جامعه آماری آن دربرگیرنده کلیه بیماران زن مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر اهواز بود که تشخیص اختلال افسردگی اساسی داشتند و نمونه آماری نیز در بر گیرنده ۳۰ نفر از بیماران زن مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره بودند که تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پروتکل درمانی هنر درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر اهواز که تشخیص اختلال افسردگی را دریافت کرده بودند؛ در هشت جلسه دو ساعته، دو بار در هفته اجرا شد. قبل از شروع به جلسات آموزشی، پرسشنامه‌های پژوهش در هر دو گروه اجرا گردید و پس از اجرای جلسات آموزشی بر گروه آزمایش، مجدداً در هر دو گروه پرسشنامه‌ها اجرا شد.

پروتکل درمانی که در این پژوهش به کار رفت از پروتکل درمانی حبیبی و حناساب زاده (۱۳۹۳) با اعمال تغییراتی استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش رضایت به انجام پژوهش، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی و تشخیص افسردگی در آنها بود. به منظور اجرای مداخله از برنامه هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (جدول ۱)، گروه آزمایش هفته‌ای دوبار و در هشت جلسه دو ساعته اجرا شد.

به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های باورهای فراشناخت ولز (MCQ-30) و پرسشنامه پنج وجهی بائر و همکاران (۲۰۰۶) استفاده گردید. داده‌های بدست آمده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس تک متغیره) و به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفت. پرسشنامه باورهای فراشناخت ولز (MCQ-30)؛ نسخه اولیه باورهای

رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی را یکی از روش‌های روان درمانی مطرح شده برای درمان اختلال افسردگی می‌داند [۷].

روش هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از برنامه‌های مداخلاتی و درمانی است که اخیراً بر روی بیماران مبتلا به طیف وسیعی از بیماری‌ها اجرا شده است [۸]. این روش درمانی، مهارت‌های مراقبه ذهن آگاهی و تمرین‌های هنری را در قالب حمایت درمانی گروهی، در هم می‌آمیزد. هدف از این طرح چند وجهی، خلق فرصت‌هایی برای بیان کلامی و غیرکلامی، حمایت فزاینده و بهبود راهبردهای مقابله‌ای است [۹]. هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از ترکیب دو روش روان درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و هنردرمانی تشکیل شده است [۱۰]. روش مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تمرین‌های مراقبه منظم، باعث بالا رفتن هشیاری لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق شخص یاد می‌گیرد که با آگاهی و هشیار شدن نسبت به افکار هیجانی منفی خود، آن‌ها را به صورت غیرقضاوتی بپذیرد باشد و همراه با آرامش بیان کند [۱۱]. این روش در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن به بیماران کمک می‌کند [۱۲].

هنر برای سیستم روانی و یا همان انسان، شرکت در ارتباط از طریق ادراک است. می‌توان گفت با ارتباط از طریق هنر، طیفی از امکانات ارتباطی به طور گسترده به میان می‌آیند. هنر ارتباطی است که ادراک می‌شود. اما ارتباطی که می‌فرید و آگاهی از آن را جهت می‌بخشد. ادراک هنری نسبت به ادراک معمولی قدری کندتر است، به این دلیل که هنر آن را تأملی می‌سازد [۱۳]. سیستم روانی، فرم‌هایی را درک می‌کند که در سیستم هنر به منظور ارتباط، ایجاد شده‌اند. هنر، ادراک و ارتباط را در خود جمع می‌کند و این کار را خارج از فرم‌های معمول زبان انجام می‌دهد [۱۴]. با توجه به آن چه گفته شد می‌توان انتظار داشت که روش هنردرمانی مبنی بر ذهن آگاهی، مؤلفه‌های شناختی افسردگی را دست خوش تغییر قرار دهد. از جمله این مؤلفه‌ها می‌توان باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی اشاره کرد [۱۵].

توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی را انعطاف پذیری شناختی می‌گویند [۱۶] که می‌تواند فکر و رفتار شخص را در پاسخ به تغییرات محیطی سازگار کند [۱۷]. افسردگی، اختلالی است که ویژگی آن، فقدان انعطاف‌پذیری در زمینه‌های گوناگون است [۱۸]. افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد افسرده می‌تواند موجب کاهش خلق منفی و افسرده این بیماران شود. فلاول، نخستین کسی که در سال ۱۹۷۹، اصطلاح فراشناخت را مطرح کرد [۱۹]، آن را به عنوان آگاهی از این که فرد چگونه یاد می‌گیرد، آگاهی از چگونگی استفاده از اطلاعات موجود برای رسیدن به یک هدف، توانایی قضاوت درباره فرایندهای شناختی در یک تکلیف خاص، آگاهی از این که چه راهبردهایی را برای چه اهدافی مورد استفاده قرار دهد و ارزیابی پیشرفت خود در حین عملکرد و بعد از اتمام عملکرد، تعریف کرده است. فرایندهای فراشناختی، شامل دو جنبه مستقل اما مرتبط به هم هستند: یکی دانش فراشناختی و دیگری تجربه فراشناختی. علاوه بر این فراشناخت شامل دو حیطه محتوایی گسترده، شامل باورهای فراشناخت مثبت و منفی است [۲۰]. باورهای فراشناخت پیش بینی کننده تجربه احساسات منفی مانند اضطراب و

براساس نتایج همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌های بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت [۲۵]. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت. همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون - بازآزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه ایرانی بین ۰/۵۷ (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و ۰/۸۴ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین ۰/۵۵ = α مربوط به عامل غیر واکنشی بودن و ۰/۸۳ = α مربوط به عامل توصیف) به دست آمد [۲۶].

یافته‌ها

میانگین سنی به دست آمده در گروه آزمایش ۳۴/۳۳ سال و برای گروه کنترل ۳۳/۴۲ سال بود. در بعد تحصیلات نیز در افراد گروه آزمایش، دارندگان مقطع تحصیلی کارشناسی با ۴۶/۶۷ درصد، بیشترین افراد گروه نمونه و دارندگان مدرک کارشناسی ارشد، ۲۰ درصد کمترین افراد گروه نمونه را تشکیل می‌دادند. در گروه کنترل نیز دارندگان مدرک تحصیلی کارشناسی با ۴۹/۶۷ گروه نمونه دارندگان مدرک کارشناسی ارشد با ۱۵ درصد کمترین افراد گروه نمونه را تشکیل می‌دادند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج حاصل از تحلیل توصیفی داده‌ها نشان دهنده این بود که در متغیر باورهای فراشناخت مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۸۸/۸۶ و ۷۶/۴۵ و در گروه کنترل به ترتیب ۸۷/۷۳ و ۸۵/۷۴ با انحراف معیار ۲/۴۶ و ۴/۲۳ برای گروه آزمایش و ۳/۵۴ و ۳/۲۸ برای گروه کنترل بدست آمد. در متغیر ذهن آگاهی نیز نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون میانگین هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۷۵/۸۶ و ۸۵/۱۹ گروه کنترل به ترتیب ۵۹/۳۴ و ۷۰/۱۳ و انحراف معیار هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۵/۶۴ و ۳/۳۷ و گروه کنترل به ترتیب ۳/۲۹ و ۴/۱۹ بدست آمد. به منظور بررسی استنباطی یافته‌ها از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید.

نتایج بدست آمده در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان افسرده گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. به بیای دیگر، هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر باورهای فراشناخت زنان افسرده تأثیر داشته. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۸ می‌باشد. همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون بین زنان افسرده گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. به بیانی دیگر هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر ذهن آگاهی زنان افسرده تأثیر داشته و میزان این تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۴ می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی زنان افسرده انجام گرفت. یافته‌های تحقیق نشان داد که هنردرمانی مبتنی بر ذهن

فراشناختی ولز (MCQ) که دارای ۶۵ سؤال بود، توسط کارترایت هاتون و ولز (۱۹۷۷) ساخته شد [۲۳]. با توجه به زیاد بودن سوال‌ها، در سال ۲۰۰۴ نسخه ۳۰ ماده‌ای این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت‌هاتون ساخته شد.

فرم کوتاه با نام باورهای فراشناختی ولز همانند فرم اصلی دارای ۵ زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: ۱- باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، ۲- باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی که روی غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی‌ها تأکید می‌کند، ۳- کارآمدی شناختی پایین، ۴- باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار، شامل موضوعات خرافه، تنبیه، مسؤولیت و نیاز به کنترل افکار، ۵- خودآگاهی شناختی. این پرسشنامه در یک طیف چهار درجه‌ای از موافق نیستم تا خیلی موافقم نمره‌گذاری می‌شود. در نسخه اصلی این پرسشنامه همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌های مهارناپذیری و خطر ۰/۹۱، باورهای مثبت در مورد نگرانی ۰/۹۲، وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی ۰/۹۲، اطمینان به حافظه یا اطمینان شناختی ۰/۹۳ و نیاز به مهار افکار ۰/۷۲ به دست آمد [۲۴]. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ به دست آمد. روایی و پایایی این پرسشنامه در یک مطالعه در ایران نیز بررسی شده است. در این مطالعه که توسط روایی به روش تحلیل عاملی نشان داد که این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس است.

روایی همزمان به وسیله محاسبه همبستگی با پرسشنامه اضطراب صفت اسپیلبرگ برای این پرسشنامه ۰/۴۲ به دست آمد. پایایی آزمون بازآزمون این پرسشنامه برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های مهارناپذیری و خطر ۰/۵۹، باورهای مثبت درباره نگرانی ۰/۸۳، وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی ۰/۸۱، اطمینان به حافظه یا اطمینان شناختی ۰/۶۴ و نیاز به مهار فکر ۰/۷۱ به دست آمد. در تحقیق حاضر برای سنجش پایایی از ضریب الفای کرونباخ استفاده گردید. در تحقیق حاضر برای سنجش پایایی از ضریب الفای کرونباخ استفاده گردید. مقادیر آن بین ۰/۸۴/۵ تا ۰/۸۵/۵ بدست آمد.

پرسشنامه پنج وجهی بائر و همکاران (FFMQ)؛ این ابزار یک مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه ذهن آگاهی فریبرگ مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه مقیاس ذهن آگاهی کنجی، مقیاس تجدیدنظر شده ذهن آگاهی شناختی و عاطفی و پرسشنامه ذهن آگاهی سوت امپتون با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی بوجود آمده است [۲۴]. بائر (۲۰۰۶) تحلیل عاملی اکتشافی را بر نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه انجام داد. عامل‌های بدست آمده این چنین نامگذاری گردید: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن. عامل مشاهده در برگیرنده توجه به محرک‌های بیرونی و درونی مانند احساسات، شناخت‌ها، هیجان‌ها، صداها و بوها می‌باشد. توصیف به نامگذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات مربوط می‌شود، عمل توأم با هوشیاری در برگیرنده عمل کردن با حضور ذهن کامل در هر لحظه است و در تضاد با عمل مکانیکی است که در هنگام وقوع ذهن فرد در جای دیگری است. غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی شامل حالت غیر قضاوتی داشتن نسبت به افکار و احساسات است و غیر واکنشی بودن به تجربه درونی، اجازه آمد و رفت به افکار و احساسات درونی است بی آنکه فرد در آنها گیر کند.

زاهدزاده و همکاران

[۲۸]، توسکانو [۲۹]، هونوت و همکاران [۳۰] و تروی و همکاران [۳۱] همسویی دارد.

آگاهی به شیوه گروهی بر باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی زنان افسرده اثر دارد. نتایج به دست آمده از این مطالعه را می‌توان با نتایج پژوهش‌های تقی‌زاده و فرمانی [۲۷]، یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی

جدول ۱: روش آموزش هنردرمانی در جلسات هشت‌گانه

جلسه اول	
۱-	معرفی برنامه و تنظیم خط مشی کلی با تاکید بر رعایت اصل رازداری در گروه
۲-	آموزش تئوری ذهن آگاهی
۳-	آشنایی با سبک هنر امپرسیونیسم
جلسه دوم	
۱-	آموزش توجه
۲-	انجام مراقبه و آرسی بدن
۳-	ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	
۱-	انجام مراقبه خوردن
۲-	ذهن آگاهی از تصاویر نقاشی به سبک امپرسیونیسم
۳-	ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	
۱-	انجام مراقبه راه رفتن
۲-	تمرین ذهن آگاهی با استفاده از گوش کردن به یک قطعه موسیقی به سبک امپرسیونیسم
۳-	ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	
۱-	انجام مراقبه نشسته
۲-	تمرین ذهن آگاهی با استفاده از تماشای فیلم
۳-	ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	
۱-	انجام مراقبه عشق و مهربانی
۲-	تمرین ذهن آگاهی با استفاده از شعرهای سهراب سپهری
۳-	ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	
۱-	انجام مراقبه نوشتن
۲-	تمرین ذهن آگاهی از یک داستان کوتاه به سبک امپرسیونیسم
۳-	ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	
۱-	انجام فعالیت هنری کلاژ
۲-	تمرین ذهن آگاهی از فعالیت انجام شده

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری شناختی، باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی

گروه	میانگین	انحراف معیار
متغیر: باورهای فراشناختی		
مرحله: پیش آزمون		
آزمایش	۸۶/۸۸	۴۶/۲
کنترل	۷۳/۸۷	۵۴/۳
مرحله: پس آزمون		
آزمایش	۴۵/۷۶	۲۳/۴
کنترل	۷۴/۸۵	۲۸/۳
ذهن آگاهی		
مرحله: پیش آزمون		
آزمایش	۸۶/۷۵	۶۴/۵
کنترل	۳۴/۵۹	۲۹/۳
مرحله: پس آزمون		
آزمایش	۱۹/۸۵	۷۳/۳
کنترل	۱۳/۷۰	۱۹/۴

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه بررسی تأثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناخت زنان افسرده گروه‌های آزمایش و کنترل

منابع	مربعات مجموع	درجه آزادی	میانگین مربع	مقدار F	مقادیر معناداری	مجدور انا	توان آماری
مقادیر		۱	۰/۱۳۲	۱۰/۲۱۳	۰/۰۱۶	۰/۷۵	۱
گروه* پیش آزمون	۱۰/۰۳۹	۱	۱۰/۰۳۹	۱۰/۲۶۷	۰/۰۰۰	۰/۵۸	۱
خطا	۲/۷۰۳	۲۷	۰/۰۰۱				

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه بررسی تأثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ذهن آگاهی زنان افسرده گروه‌های آزمایش و کنترل

منابع	مربعات مجموع	درجه آزادی	میانگین مربع	مقدار F	مقادیر معناداری	مجدور انا	توان آماری
مقادیر	۰/۱۲۱	۱	۰/۱۲۱	۱/۰۰۲	۰/۰۴۵	۰/۷۸	۱
گروه* پیش آزمون	۱۵/۴۰۷	۱	۱۵/۴۰۷	۹۶/۵۵۷	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۱
خطا	۴/۳۰۸	۲۷	۰/۱۶۰				

نتایج حاکی از این است که جلسات هشت گانه آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است به طور قابل توجهی از میزان باورهای فراشناختی مبتلایان در دوره مداخله بکاهد، به گونه‌ای که این کاهش در مقطع زمانی پس از مداخله قابل مشاهده است. با مرور پیشینه تحقیق، پژوهشی که ناهمسو با مطالعه حاضر انجام شده باشد، صورت نگرفته است. مطابق با بررسی‌های صورت گرفته افسردگی، چیزی فراتر از یک اندوه ساده است. شخص افسرده در فعالیت‌های روزانه خود، فقدان لذت و علاقه را تجربه می‌کند. افزایش یا کاهش قابل توجه در وزن، بی‌خوابی یا خواب زیاد، نداشتن انرژی کافی، ناتوانی در تمرکز، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه فزاینده و افکار عود کننده مرگ و خودکشی، از مشخصه‌های این اختلال هستند [۳۲]. با توجه به یافته‌های تحقیق می‌توان گفت درمان‌های ذهن آگاهی به عنوان درمان‌های مناسب برای افسردگی و سایر اختلالات مشابه باشند. در این درمان‌ها، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت و در گام اول به بیمار آموزش داده می‌شود که هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در «اینجا و اکنون»، از انعطاف پذیری بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها تکنیک‌های شناختی رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند. کابات زین رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی را یکی از روش‌های روان درمانی مطرح شده برای درمان اختلال افسردگی می‌داند. در این روش مهارت‌های مراقبه ذهن آگاهی و تمرین‌های هنری را، در قالب حمایت درمانی گروهی، در هم می‌آمیزد. بر اساس نظریه ولز و همکاران [۲۰] پس از شکل‌گیری باورهای فراشناختی است که می‌توان صحبت از ایجاد و تداوم اختلال کرد لذا باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر باید در درمان مورد هدف قرار بگیرند، زیرا باورهای فراشناختی بر شیوه پاسخ دهی فرد به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارند. براین اساس باورهای فراشناختی نقش مهم و با اهمیتی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی دارد، این باورها علتی برای تحول و تداوم این مشکلات می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از این است که جلسات هشت گانه آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است به طور قابل توجهی از میزان باورهای فراشناختی مبتلایان در دوره مداخله بکاهد، به گونه‌ای که این کاهش در مقطع زمانی پس از مداخله قابل مشاهده است. با مرور پیشینه تحقیق، پژوهشی که ناهمسو با مطالعه حاضر انجام شده باشد، صورت نگرفته است. مطابق با بررسی‌های صورت گرفته افسردگی، چیزی فراتر از یک اندوه ساده است. شخص افسرده در فعالیت‌های روزانه خود، فقدان لذت و علاقه را تجربه می‌کند. افزایش یا کاهش قابل توجه در وزن، بی‌خوابی یا خواب زیاد، نداشتن انرژی کافی، ناتوانی در تمرکز، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه فزاینده و افکار عود کننده مرگ و خودکشی، از مشخصه‌های این اختلال هستند [۳۲]. با توجه به یافته‌های تحقیق می‌توان گفت درمان‌های ذهن آگاهی به عنوان درمان‌های مناسب برای افسردگی و سایر اختلالات مشابه باشند. در این درمان‌ها، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت و در گام اول به بیمار آموزش داده می‌شود که هیجانات خود را بپذیرد و با زندگی در «اینجا و اکنون»، از انعطاف پذیری بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها تکنیک‌های شناختی رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند. کابات زین رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی را یکی از روش‌های روان درمانی مطرح شده برای درمان اختلال افسردگی می‌داند. در این روش مهارت‌های مراقبه ذهن آگاهی و تمرین‌های هنری را، در قالب حمایت درمانی گروهی، در هم می‌آمیزد. بر اساس نظریه ولز و همکاران [۲۰] پس از شکل‌گیری باورهای فراشناختی است که می‌توان صحبت از ایجاد و تداوم اختلال کرد لذا باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر باید در درمان مورد هدف قرار بگیرند، زیرا باورهای فراشناختی بر شیوه پاسخ دهی فرد به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارند. براین اساس باورهای فراشناختی نقش مهم و با اهمیتی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی دارد، این باورها علتی برای تحول و تداوم این مشکلات می‌باشد.

بر پایه یافته‌های این پژوهش، شیوه‌های درمانی باید در راستای تغییر ارزیابی‌ها و باورهای مبتلایان و فراهم ساختن راهبردهای جانشین برای مقابله با تهدید باشد، لذا باید بیش از هر چیزی ارزیابی‌ها و باورها فرد اصلاح شود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر ذهن آگاهی زنان افسرده تأثیر دارد. هنردرمانی گروهی فرصتی را فراهم می‌سازد تا افراد بتوانند عواطف خود را به شیوه‌های جدید بیان کنند و از طریق آن احساس اطمینان و

دو گروه را با هم مقایسه کنند. از دیگر، پیشنهادات به محققان آتی می‌تواند به انجام پژوهش در شهرهای مختلف باشد، شاید فرهنگ در آن نقش داشته باشد.

سیاسگزاری

پژوهش حاضر مستخرج از پایان نامه نویسنده اول مقاله می‌باشد که با راهنمای جناب آقای دکتر رضا جوهری فرد و در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز خوزستان انجام گردیده است، بدین وسیله لازم است از کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه تقدیر و تشکر به عمل آید.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش می‌دهد. با توجه به یافته‌های این پژوهش و بررسی‌های مشابه، به ارائه دهندگان خدمات سلامتی پیشنهاد می‌شود که در کنار به کارگیری راهبردهای ارتقای سلامت جسمانی، از برنامه‌های هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از مداخله‌های سودمند روانشناختی با هدف افزایش سلامت روانی این زنان بهره گرفته شود؛ بنابراین هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک روش جدید که ترکیبی از درمان‌های روانشناختی و هنردرمانی است، در بهبود افسردگی مؤثر می‌باشد. لذا استفاده گسترده از این روش در چنین جمعیت‌هایی پیشنهاد می‌گردد. در طی انجام این پژوهش محقق با محدودیت‌هایی مواجه گردید. از آنجایی که پژوهش حاضر به زنان محدود شده است. بنابراین به پژوهشگران توصیه می‌گردد که پژوهش حاضر را بر روی هر دو جنس مردان و زنان انجام دهند و تغییرات هر

References

- Rowe C, Watson-Ormond R, English L, Rubesin H, Marshall A, Linton K, et al. Evaluating Art Therapy to Heal the Effects of Trauma Among Refugee Youth: The Burma Art Therapy Program Evaluation. *Health Promot Pract.* 2017;18(1):26-33. doi: 10.1177/1524839915626413 pmid: 26933006
- Wallace TL, Ballard TM, Glavis-Bloom C. Animal paradigms to assess cognition with translation to humans. *Handb Exp Pharmacol.* 2015;228:27-57. doi: 10.1007/978-3-319-16522-6_2 pmid: 25977079
- Pickard JA, Caputi P, Grenyer BF. Mindfulness and emotional regulation as sequential mediators in the relationship between attachment security and depression. *Pers Individ Differ* 2016;99:179-83.
- Kumar S, Adiga KR, George A. Impact of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) on Depression among Elderly Residing in Residential Homes. *Nurs J Ind.* 2014;105(6):248-51.
- Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT, Miller L. Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness.* 2015;6(2):290-302.
- Baer RA. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Academic Press: Elsevier; 2015.
- Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JM, et al. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychol Med.* 2017;47(6):990-9. doi: 10.1017/S0033291716003317 pmid: 28031068
- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Adv Pract.* 2003;10(2):144-56.
- Kabat-Zinn J. Mindfulness. *Mindfulness.* 2015;6(6):1481-3.
- Rubin JA. Approaches to art therapy: Theory and technique: Routledge; 2012.
- Peterson C. "Walkabout: Looking in, looking out": A mindfulness-based art therapy program. *Art Ther.* 2015;32(2):78-82.
- Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhe HG, van Schaik DJ, van Oppen P, et al. Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Br J Psychiatry.* 2016;208(4):366-73. doi: 10.1192/bjp.bp.115.168971 pmid: 26892847
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(2):169-83. doi: 10.1037/a0018555 pmid: 20350028
- Monti DA, Peterson C, Kunkel EJ, Hauck WW, Pequignot E, Rhodes L, et al. A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology.* 2006;15(5):363-73. doi: 10.1002/pon.988 pmid: 16288447
- Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2005;23(4):337-55.
- Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res.* 2010;34(3):241-53.
- Desoete A, Roeyers H. Metacognitive macroevaluations in mathematical problem solving. *Learn Instr.* 2006;16(1):12-25.
- Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(7):865-78. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001 pmid: 21151705
- Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol.* 1979;34(10):906.
- Walsh JJ, Balint MG, SJ DRS, Fredericksen LK, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Pers Individ Differ* 2009;46(2):94-9.
- Allen NB, Chambers R, Knight W, Melbourne Academic Mindfulness Interest G. Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(4):285-94. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01794.x pmid: 16620310
- Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.* 2003;65(4):564-70. pmid: 12883106

23. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Cli Psychol Psychother Int J Theor Pract*. 2004;11(2):137-44.
24. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004;42(4):385-96. doi: [10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5) pmid: 14998733
25. de Bruin EI, Topper M, Muskens JG, Bogels SM, Kamphuis JH. Psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*. 2012;19(2):187-97. doi: [10.1177/1073191112446654](https://doi.org/10.1177/1073191112446654) pmid: 22589426
26. Isenberg L. Mindfulness-Life with attention and awareness: Test-retest reliability of the FFMQ for Dutch fibromyalgia patients. Twente: University of Twente; 2009.
27. Taghizadeh M, Farmani A. A Study of the Role of Cognitive Flexibility in Predicting Hopelessness and Resilience among University Students. *J Cogn Psychol*. 2014;1(2):67-75.
28. Yosefi O. Effectiveness of Mindfulness in Decreasing Stress, Anxiety and Depression among the Substance Abusers. *Thoughts Behav Clin Psychol*. 2013;7(27):17-26.
29. Toscano AL. Efficacy of mindfulness based cognitive therapy in the treatment of symptoms of active depression: a meta-analysis. *Towson Univ Inst Reposit*. 2015.
30. Shinohara K, Honyashiki M, Imai H, Hunot V, Caldwell DM, Davies P, et al. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(10):CD008696. doi: [10.1002/14651858.CD008696.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008696.pub2) pmid: 24129886
31. Troy AS, Shallcross AJ, Davis TS, Mauss IB. History of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Is Associated with Increased Cognitive Reappraisal Ability. *Mindfulness (N Y)*. 2013;4(3):213-22. doi: [10.1007/s12671-012-0114-5](https://doi.org/10.1007/s12671-012-0114-5) pmid: 26005504
32. Matthews G, Wells A. Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. *Depressive Ruminat Nat, Theory Treat*. 2004:125-51.
33. Huijbers MJ, Spijker J, Donders AR, van Schaik DJ, van Oppen P, Ruhe HG, et al. Preventing relapse in recurrent depression using mindfulness-based cognitive therapy, antidepressant medication or the combination: trial design and protocol of the MOMENT study. *BMC Psychiatry*. 2012;12:125. doi: [10.1186/1471-244X-12-125](https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-125) pmid: 22925198
34. Blomdahl C, Gunnarsson AB, Guregård S, Björklund A. A realist review of art therapy for clients with depression. *Art Psychother*. 2013;40(3):322-30.
35. Dalley T, Case C. *The handbook of art therapy*: Routledge; 2014.