

در سال ۱۹۹۲، تیزدال^۱ و سگال^۲ برای جلوگیری از عود و برگشت^۳ افسردگی^۴ یک رویکرد درمانی به نام شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۵ (MBCT) را معرفی نمودند. این رویکرد آمیزه ای بود مبتکرانه از جنبه های شناخت درمانی بک^۶ و برنامه کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن^۷ (MBSR) کابات-زین^۸ (کاوایانی و همکاران، ۲۰۱۱). ذهن آگاهی^۹ به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت است. (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در حضور ذهن فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی آگاه می شود و مهارت های شناسایی شیوه های مفیدتر را فرا می گیرد. در این حالت برای ذهن ۲ حالت در نظر می گیرند: یکی «انجام دادن» و دیگری «بودن». در واقع در حضور ذهن افراد یاد می گیرند که از حالت ذهنی انجامی به حالت ذهنی بودن برسند. MBCT از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن کابات-زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی در مورد افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار و حس های بدنی را نشان می دهد. تمامی این تمرین ها به نوعی توجه به موقعیت های بدنی و پیرامونی را در «لحظه حاضر» میسر می سازد و پردازش های خودکار افسردگی را کاهش می دهد. به کارگیری مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا م اندگاری افسردگی جلوگیری می کند و سبب می شود چرخه های پردازش معیوب، کمتر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه شانس گسترش و سماجت افسردگی کاهش می یابد.

MBCT دارای امتیازاتی است. یکی از آنها «گروهی برگزار شدن آن» است. راهبرد گروهی درمان MBCT

بیشتر از درمان های فودی مقرون به صرفه است. هم به لحاظ هزینه های مادی و هم با توجه به اثربخشی در واحد زمان. دیگر امتیاز این روش کاربردی بودن آن است. و در این روش مراقبه^{۱۰} از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین می توان گفت یکی از نوآوری های روان شناختی، از جمله فنون مراقبه حضور ذهن با رفتار درمانی شناختی^{۱۱} سنتی می باشد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می کنند. (هایز، لوما و بوند، ۲۰۰۶). تیزدال (۱۹۹۳) بر این باور است که بین فرایندهای شناختی^{۱۲} و هیجان ارتباط پیچیده و چند وجهی وجود دارد و در کارهای سنتی شناخت درمانی تنها باورهای عقلانی فرد تغییر می کنند در حالی که باورهای هیجانی کمتر دستکاری می شوند. بنابراین تاکید بر باورهای هیجانی از ویژگی های MBCT می باشد و درمانگر بدون اینکه مستقیم با طرح واره ها و نگرش های نا کارآمد افراد درگیر شود، نوعی بازسازی شناختی^{۱۳} انجام می دهد. د. این

۱ Teasdale

۲ Segal

۳ Relapse

۴ Depression

۵ Mindfulness-based cognitive therapy

۶ Beck's cognitive therapy

۷ Mindfulness-based stress reduction

۸ Kabat-Zin

۹ Mindfulness

۱۰ Meditation

۱۱ Cognitive behavior therapy

۱۲ Cognitive process

۱۳ Cognitive restructuring

رویکرد در تحقیقات گوناگون مورد تایید قرار گرفته است. از جمله در کاهش افسردگی (بارنهوفر و همکاران، ۲۰۰۹)، کاهش افسردگی بیماران دو قطبی^{۱۴} (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸)، جلوگیری از عود و بازگشت افسردگی (پیت و هوگار، ۲۰۱۱)، افزایش ارزیابی هیجانی مثبت^{۱۵}، تجربه تقویتی^{۱۶}، هیجان مثبت لحظه ای^{۱۷} و کاهش هیجانات منفی^{۱۸} (گشویند و همکاران، ۲۰۱۱)، بهبود افسردگی بیماران مصروع^{۱۹} (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۰)، کاهش فشار روانی^{۲۰}، درد مزمن^{۲۱}، اضطراب^{۲۲}، PTSD و سایر اختلالات دیگر (وتکوتیز و همکاران، ۲۰۰۵)، کاهش افسردگی در بیماران با سه دوره افسردگی (گودفرین، ۲۰۱۰)، کاهش اختلال وحشتزدگی^{۲۳} (کیم و همکاران، ۲۰۱۱) می شود. در ایران نیز پژوهشگران متعددی اثربخشی این رویکرد را در کاهش نشخوار فکری^{۲۴} (آذرگون و دیگران، ۱۳۸۶)، تاثیر بر افسرده خوئی^{۲۵} و باورهای فراشناختی^{۲۶} (کاویانی و دیگران، ۱۳۸۷)، بیماران افسرده خودکشی گرا (حناسب زاده اصفهانی، ۱۳۸۸ و ۱۳۹۰) و... مورد تایید قرار داده اند.

فعال سازی رفتاری^{۲۷} برای افسردگی تاریخچه ای طولانی دارد. نخستین بار لوینسون (۱۹۷۴) افسردگی را پیامد نارسایی، کاهش یا سطوح پائین تقویت مثبت وابسته به پاسخ^{۲۸} (PCRR) تعریف کرد. از آن پس تاکنون رفتار درمانی افسردگی تحولات گسترده ای داشته است. در سالهای اخیر دو راهبرد رفتاری با عنوان: فعال سازی رفتاری (BA) (مارتل و همکاران، ۲۰۰۱ و مارتل و دیمیدجان، ۲۰۱۰) و فعال سازی رفتاری برای افسردگی^{۲۹} (BATD) (لیجوز، هوپکو و همکاران، ۲۰۰۱ و ۲۰۱۱) بکلو برده شده است. هر دو شیوه مراجعان افسرده را برای جستجوی تقویت های مثبت برمی انگیزند، اما تفاوت با نسخه های پیش رفتاردرمانی در این است که این شیوه ها، عملی تر^{۳۰} از شیوه های قدیمی هستند. برای نمونه شیوه های نوین مذکور (BA, BATD) به همه افراد توصیه نمی کنند که باید در فعالیت های خوشایند بیشتری شرکت کنند بلکه این شیوه ها بر ارزیابی عینی هدف های مراجع و کارکرد کنونی او تاکید دارند تا بتوانند مجموعه ای از هدفهای فعال سازی را برای هر مراجع تعیین کنند. (کانترو و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از محمدی و امیری، ۱۳۸۹). در این رویکرد به توابع رفتار، نقش محرک های کنترل کننده رفتار، و رفتارهای پرهیز و گریز در افسردگی توجه می شود. متغیرهای اصلی که در درمان فعال سازی رفتاری ارزیابی می شوند عبارتند از میزان پرهیز و فعال شدن مراجعان در دوره درمان. یک فرض مهم این است که با تغییر در میزان

۱۴ Bipolar

۱۵ Positive emotion

۱۶ Reward experience

۱۷ Moment positive emotions

۱۸ Negative emotion

۱۹ epilepsy

۲۰ stress

۲۱ chronic pain

۲۲ Anxiety

۲۳ Panic disorder

۲۴ Rumination

۲۵ Dystimic

۲۶ Metacognition

۲۷ Behavioral activation

۲۸ Response contingent positive reinforcement

۲۹ Behavioral activation for treatment depression

۳۰ functional

فعالیت فرد، افسردگی تعدیل می شود. درمان به سبک فعال سازی روشی است که طی آن بیمار یاد می گیرد در جهت بهبود به طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد. این روش درمانی مبتنی بر مدل CBT و رویکرد غنی سازی انگیزشی است و یک روش کاملاً ساختار یافته و متمرکز بر مشکلات جاری و فوری بیمار است. بنابراین هدف گسترش تعاملات اجتماعی و مشارکت فرد در فعالیت های لذت بخش می باشد.

تاکنون پژوهشهای زیادی برای ارزیابی اثربخشی فعال سازی رفتاری در درمان افسردگی انجام شده است (برای نمونه، دیمیدجان و همکاران، ۲۰۰۶؛ دابسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ پورتو، اسپاتس و استیمان، ۲۰۰۴، مارتل و همکاران، ۲۰۱۱). در یک فراتحلیل دو زمینه درمان فعال سازی رفتاری (کوچپرس، ون استراتن و وارمردام، ۲۰۰۷) نشان داده شد که فعال سازی رفتاری به اندازه سایر درمانهای شناخته شده در درمان افسردگی اثربخش است. هوپکو و ابرتسون و کاروالهو (۲۰۰۹) طی ۹ جلسه فعال سازی رفتاری بر بیماران سرطانی که علائم افسردگی داشتند، مزایای زیادی را گزارش نمودند، یعنی گروه آزمایش آنها افسردگی کمتر، اختلال درد بدنی^{۳۱} کمتر، اضطراب اجتماعی^{۳۲} کمتر و مشکلات کمتری را در زندگی روزانه نشان دادند. میگلسون و همکاران (۲۰۱۱) اثربخشی این رویکرد را در کاهش افسردگی افراد بزرگسال وابسته به مواد نشان داده است و حتی مک فرسون و همکاران (۲۰۱۰) درمان فعال سازی را روی افراد سیگاری که علائم افسردگی داشتند اجرا نموده و نتایج آنها نشان داد که گروه آزمایش در قیاس با گروه کنترل علاوه بر اینکه به پرهیز از سیگار دست یافته بودند، به طور معنی داری کاهش نشانه های افسردگی را نشان دادند. در یک مورد پژوهی هوپکو و همکاران (۲۰۰۴) کاهش علائم افسردگی و اضطراب را گزارش نمودند. در ایران نیز پژوهشهای گوناگونی اثربخشی این رویکرد را نشان دادند. یعنی اثربخشی BA در بهبود عملکرد اجتماعی، تندرستی، بهزیستی روان شناختی و کاهش درماندگی (گودرزی و همکاران، ۱۳۸۷)، کاهش افسردگی بیماران کرونر قلبی (بیگدلی و رحیمیان بوگر، ۱۳۸۹) و کاهش افسردگی در مددجویان وابسته به مواد (نداف، ۱۳۸۹) گزارش شده است.

کیفیت زندگی^{۳۳} به عنوان یک مفهوم به ۴ بعد تقسیم می شود: عملکرد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی. البته هر کدام از این ابعاد خود دارای اجزایی است (برگر، پورتنوی و وسیمن، ۲۰۰۰). اعتقاد بر این است که کیفیت زندگی و افسردگی با هم در ارتباطند و به صورت تعامل منفی^{۳۴} ارتباط دارند. یعنی حالتهای چون افسردگی و اضطراب میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می دهند. MBCT علاوه بر اینکه بر اضطراب و افسردگی اثر دارد می تواند ارتقای کیفیت زندگی را در پی داشته باشد. توافق رو به رشدی وجود دارد که کیفیت زندگی باید یکی از مولفه های اصلی کارهای درمانی و پژوهشی باشد. در این میان درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود کیفیت زندگی بیماران مختلف اثربخشی زیادی داشته است (پندو و همکاران، ۲۰۰۷). می توان گفت که کیفیت زندگی تحت تاثیر مداخلات شناختی- رفتاری و خصوصاً MBCT بهبود پیدا می کند و از طرفی نیز بهبود و افزایش آن میزان افسردگی را در بیماران با خطر بازگشت و عود افسردگی به طور معنی داری کاهش می دهد (گلدفرین و هوینگ، ۲۰۱۰). در پژوهش پرادو و همکاران (۲۰۱۲) یک برنامه تحریک شناختی^{۳۵}، هم عملکرد شناختی و هم کیفیت زندگی افراد سالمند افزایش پیدا کرد. اثر بخشی MBCT و BATD در افزایش کیفیت

۳۱ Bodily pain

۳۲ Social anxiety

۳۳ Quality of life

۳۴ Negative interaction

۳۵ Cognitive performance

زندگی و کاهش افسردگی در پژوهش‌های راس و رابینز (۲۰۰۴)، کارلسون و همکاران (۲۰۰۵)، یاتام و همکاران (۲۰۰۴)، دیمیدجان و همکاران (۲۰۰۶)، دابسون و همکاران (۲۰۰۸) مورد تایید قرار گرفته است. بنابراین با توجه به آنچه مطرح شد، مشخص می‌شود که بین افسردگی و کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد، از طرفی درمان افسردگی منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود و با توجه به اینکه مداخلات MBCT و BATD در پژوهش‌های گوناگون اثربخشی معنی داری بر افسردگی و کیفیت زندگی داشته‌اند. لذا مسئله پژوهش حاضر این خواهد بود که آیا این دو روش در میزان افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده اثربخشی یکسانی دارند و یا داری اثربخشی متفاوتی می‌باشند؟ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی مذکور بر متغیر وابسته افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده می‌باشد.

روش

با توجه به هدف‌های پژوهش فوق، روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است و طرح پژوهش آن عبارت است از طرح تحلیل واریانس مختلط بین- درون آزمودنی‌ها یا طرح آمیخته بین- درون گروهی. در این روش دو یا چند گروه مختلف (بین آزمودنی‌ها) در معرض دو یا چند شرایط اندازه‌گیری (درون آزمودنی‌ها) قرار خواهند گرفت (پلنت، ۱۳۸۹). در واقع یک متغیر مستقل بین آزمودنی‌ها و یک متغیر مستقل درون آزمودنی‌ها با هم ترکیب می‌شوند. در این پژوهش دو متغیر مستقل وجود داشت: بین آزمودنی‌ها (گروه‌های آزمایش MBCT و BATD) و درون آزمودنی‌ها (زمان‌های اندازه‌گیری در ۴ مرحله). مراحل اندازه‌گیری عبارت بودند از پیش‌آزمون، هفته چهارم، پس‌آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه.

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر بود که حدود ۷۰۰۰ نفر بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: دانشجویانی که حداقل نمره افسردگی متوسط (۲۰ به بالا) را در آزمون افسردگی بک نسخه شماره ۲ (BDI-II) بدست آوردند و در مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال دیستیمیک براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR حداقل ۴ نشانه از نشانه‌های افسردگی را داشتند. نمونه پژوهش به گونه غربال‌گری و به تعداد ۳۶۴ نفر از دانشجویان انتخاب و به آزمون افسردگی بک پاسخ دادند. حدود ۵۰ نفر از آن‌هایی که نمره متوسط (۲۰) را بدست آوردند انتخاب شدند و از این تعداد نیز حدود ۳۴ نفر براساس مصاحبه بالینی ساختار یافته انتخاب و به گونه تصادفی و با رعایت اصل معادل س از ۲ گروه BMCT و BATD تقسیم شدند. آنها به مدت ۸ جلسه در معرض پروتکل‌های درمانی قرار گرفتند. مداخله MBCT براساس راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر حضور (ویلیامز و همکاران، ۱۳۸۴) و محمدخانی و خانی‌پور، (۱۳۹۱) و مداخله BATD براساس راهنمای مختصر درمان فعال سازی رفتاری برای افسردگی (لیجوز، هوپکو و همکاران، ۲۰۱۱) صورت گرفتند. افت آزمودنی‌ها به گونه‌ای بود که از گروه MBCT ۴ نفر و از گروه BATD ۳ نفر فرایند درمان را تکمیل نکردند.

جهت سنجش متغیرهای وابسته پژوهش از دو پرسشنامه‌های ذیل استفاده گردید:

پرسشنامه افسردگی بک نسخه شماره ۲ (BDI-II): این ابزار نوع بازنگری شده BDI می‌باشد که با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منطبق شده است. این ابزار ۲۱ گویه دارد و پاسخ‌ها بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. نقاط برش عبارتند از ۰ تا ۱۳ افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید. نشانه‌های این آزمون با قرار گرفتن در

سه گروه هفت ماده ای شامل نشانه های احساسی و عاطفی، انگیزشی و شناختی و نشانه های جسمانی و نباتی از یکدیگر جدا می شوند. در پژوهشهای گوناگون اعتبار و روایی نسبتاً بالایی از آن گزارش شده است. کاپیانی (۱۳۸۷) روایی ۷۰٪ و پایایی ۰/۷۷ را گزارش نموده و غرابی (۱۳۸۲) نمره کل آزمون با میانگین آلفای کرونباخ ۹/۷۹ و انحراف استاندارد ۷/۹۶، آلفای کرونباخ به میزان ۰/۷۸ و پایایی باز آزمایی یک هفته ای ۰/۷۳ را بدست آورده است.

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^{۳۷}؛ این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی می پردازد: سلامت جسمانی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی. گروه مطالعات سازمان بهداشت جهانی، این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می داند و به همین دلیل از آن در فرهنگهای مختلف استفاده می شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶؛ به نقل از کاپیانی، ۱۳۸۷). نمرات این مقیاس برای ۴ بعد بین ۰ تا ۲۰ خواهد بود و نمره کل نیز از مجموع نمرات همه ابعاد بدست می آید. به عبارتی برای هر بعد نمرات خام بدست می آید و سپس این نمرات به نمرات تراز شده بین ۰ تا ۲۰ تغییر پیدا می کنند. نصیری و همکاران (۱۳۸۵) روایی و پایایی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان داده اند و این نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶ گویه آن مشخص کرد که در این مقیاس ۴ زیر مقیاس وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری آن است.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد و نمرات افسردگی برای دو گروه MBCT و BATD در مراحل مختلف اندازه گیری در جدول شماره ۱ ارائه شده اند:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی دو گروه در طی ۴ مرحله اندازه گیری

روش درمانی	زمان		پیش آزمون		هفته چهارم		پس آزمون		پیگیری ۲ ماهه
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
MBCT	۲۸/۴۶	۱۱/۰۴۲	۱۸/۹۲	۱۲/۱۲۱	۸/۶۲	۸/۸۰۱	۸	۹/۴۱	
BATD	۲۷/۱۴	۱۱/۶۴۱	۱۹/۰۷	۱۱/۹۸۴	۱۱/۱۴	۱۰/۹۸۲	۱۱/۲۱	۹/۶۳	
کل	۲۷/۷۸	۱۱/۱۵۷	۱۹/۰۰	۱۱/۸۱۲	۹/۹۳	۹/۱۲۷	۹/۶۷	۹/۴۸	

همانطوریکه ملاحظه می شود نمرات افسردگی افراد از مرحله اول به بعد در ۲ گروه کاهش قابل ملاحظه ای داشته اند. جهت تحلیل داده ها ابتدا برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لون استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول شماره ۲ ارائه شده اند:

جدول شماره ۲: نتایج آزمون لوین برای نمرات افسردگی در مراحل مختلف اندازه گیری

زمان اندازه گیری	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار P
------------------	---	--------------	--------------	---------

۰/۷۶۹	۲۵	۱	۰/۰۸۸	پیش آزمون
۰/۹۷۶	۲۵	۱	۰/۰۰۱	هفته چهارم
۰/۲۶۵	۲۵	۱	۱/۳۰۱	پس آزمون
۰/۵۶۴	۲۵	۱	۰/۳۴۱	پیگیری ۲ ماهه

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می شود مقدار P برای متغیر وابسته در مراحل مختلف اندازه گیری بزرگتر از ۰/۵ می باشد. یعنی P معنی دار نمی باشد. بنابراین از فوض همگنی واریانس ها تخطی صورت نگرفته است و باید به دنبال تحلیل های بعدی باشیم.

نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای اثر اصلی زمان و تعامل بین زمان و گروه برای متغیر افسردگی در جدول شماره ۳ ارائه شده اند:

جدول شماره ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای اثر اصلی زمان و اثر تعامل بر افسردگی

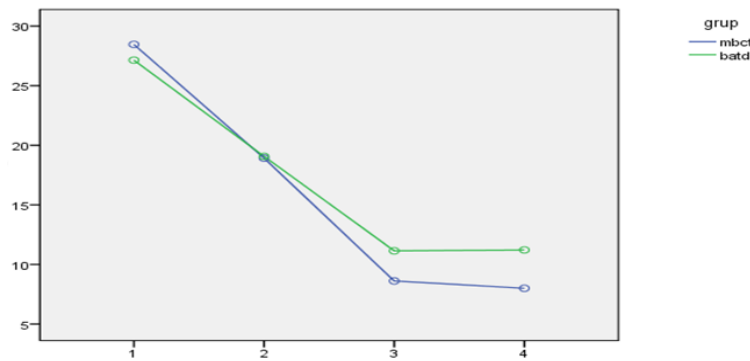
مجدور اتیا	P	مقدار F	ارزش	اثر
۰/۷۹۲	۰/۰۰۰	۲۹/۱۴۹	۰/۲۰۸	زمان اندازه گیری (مقدار لامبدا)
۰/۰۴۶	۰/۷۷۳	۰/۳۷۳	۰/۹۵۴	تعامل زمان و گروه (مقدار لامبدا)

همانطوریکه مشاهده می شود مقدار ویلکس لامبدا برای اثر اصلی زمان اندازه گیری برابر ۰/۲۰۸ و مقدار ۰/۰۰۰ $P =$ (یا $P < 0/0005$) است. از آنجائی که P کوچکتر از ۰/۰۵ است، می توان نتیجه گرفت که اثر زمان به لحاظ آماری معنادار است. یعنی بین نمرات افسردگی آزمودنی ها در طی چهار مرحله اندازه گیری، تغییری معنادار بوجود آمده است. با توجه به مقدار مجدور اتیا یا اندازه اثر ۰/۷۹۲ می توان به یک اندازه اثر خیلی بزرگ اشاره نمود. جهت ارزیابی اثر متغیر مستقل بین آزمودنی ها (نوع مداخله، MBCT و BATD) از آزمون اثرات بین گروهی استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای اثرات بین گروهی در جدول شماره ۴ ارائه شده اند:

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای اثرات بین گروهی بر میزان افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P	مجدور اتیا
گروه	۳۵/۲۱۷	۱	۳۵/۲۱۷	۰/۱۱۷	۰/۷۳۵	۰/۰۰۵
خطا	۷۵۲۴/۳۵۷	۲۵	۳۰۰/۹۷۴			

از آنجائیکه مقدار F برابر با ۰/۱۱۷ و مقدار P برابر با ۰/۷۳۵ می باشد و این مقدار محاسبه شده در منبع تغییرات اثر گروه از مقدار $P < ۰/۰۵$ بزرگتر است، لذا می توان نتیجه گرفت که بین دو گروه از لحاظ اثر بخشی بر نمرات افسردگی آزمودنی ها تفاوت معنی داری مشاهده نشده است و گروههای درمانی به نسبت یکسانی بر متغیر افسردگی اثرگذار بوده اند. جهت مشاهده تغییرات نمرات آزمودنی ها در مقیاس افسردگی در دو گروه و طی ۴ مرحله یا زمانی مختلف از نمودار شماره ۱ استفاده شده است:



نمودار ۱: میانگین نمرات افسردگی آزمودنی های دو گروه در طی چهار مرحله اندازه گیری (پیش آزمون، هفته چهارم، پس آزمون و پی گیری)

جهت تحلیل اثربخشی مداخلات MBCT و BATD بر متغیر وابسته دوم پژوهش یعنی کیفیت زندگی افراد افسرده ابتدا آماره های توصیفی و سپس نتایج آزمون فرض ها ارائه خواهند شد. بنابراین میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی ها در مقیاس کیفیت زندگی برای دو گروه و چهار مرحله اندازه گیری در جدول شماره ۵ ارائه شده اند:

جدول شماره ۵: میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی در گروه در زمانهای مختلف

روش درمانی	پیش آزمون		هفته چهارم		پس آزمون		پی گیری ۲ ماهه
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
MBCT	۱۱/۸۹۵	۴۹	۱۰/۱۲۷	۵۱/۶۹	۷/۱۲۸	۵۹/۸۵	۹/۶۵۴
BATD	۸/۳۱۵	۲۹/۲۹	۱۲/۴۸۱	۴۹/۳۶	۱۰/۵۵۲	۵۶/۵۷	۱۰/۰۹۵
کل	۹/۹۹۵	۴۹/۱۵	۱۱/۲۵۴	۵۰/۴۸	۹/۰۵۰	۵۸/۱۵	۹/۷۰۳

همانطوریکه نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهند نمرات مقیاس کیفیت زندگی آزمودنی ها در دو گروه و چهار مرحله اندازه گیری از مرحله اول به بعد افزایش قابل ملاحظه ای داشته است بنابراین روشهای مداخله ای MBCT و BATD در افزایش این دو متغیر اثرگذار بوده اند. اما برای معناداری این تغییرات به تحلیلهای استنباطی می پردازیم. برای بررسی همگنی واریانس ها در نمرات کیفیت زندگی از آزمون لون استفاده شده است که نتایج در جدول شماره ۶ ارائه شده اند:

جدول شماره ۶: نتایج آزمون لون برای نمرات مقیاس کیفیت زندگی در مراحل مختلف اندازه گیری

زمان اندازه گیری	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار P
پیش آزمون	۲/۲۲۵	۱	۲۵	۰/۱۴۶
هفته چهارم	۰/۵۶۷	۱	۲۵	۰/۴۵۸

۰/۵۷۵	۲۵	۱	۰/۳۲۳	پس آزمون
۰/۶۵۳	۲۵	۱	۰/۲۰۷	پیگیری ۲ ماهه

همانطوریکه مشاهده می شود مقدار P برای متغیر وابسته کیفیت زندگی در زمانهای مختلف اندازه گیری بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین از فرض همگنی واریانس ها تخطی نشده است و باید تحلیل های بعدی صورت گیرند. برای تحلیل داده ها ما دنبال اثرات اصلی زمان، گروه و اثر تعامل زمان و گروه بوده ایم. بنابراین نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای اثرات اصلی زمان و اثر تعامل در جدول شماره ۷ ارائه شده اند:

جدول شماره ۷: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای اثر اصلی زمان و اثر تعامل برای کیفیت زندگی

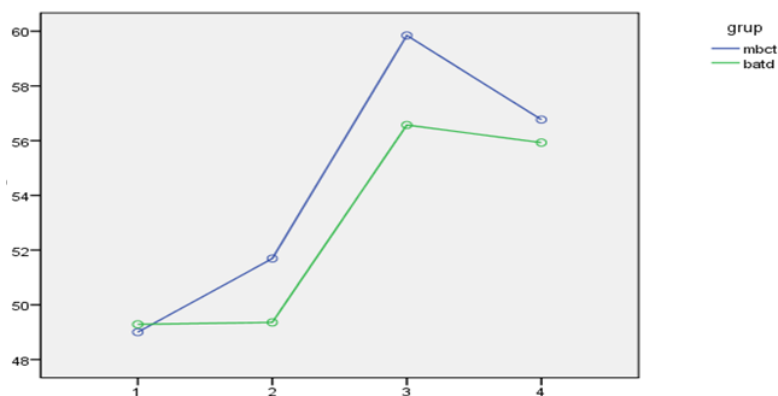
اثر	ارزش	مقدار F	P	مجذور اتیا
زمان اندازه گیری (مقدار لامبدا)	۰/۳۳۳	۱۵/۳۷۲	۰/۰۰۰	۰/۶۶۷
تعامل زمان X گروه (مقدار لامبدا)	۰/۹۲۲	۰/۶۵۰	۰/۵۹۱	۰/۰۷۸

از آنجائیکه مقدار لامبدا برای اصلی زمان اندازه گیری برابر ۰/۳۳۳، مقدار $F=15/372$ و مقدار $P=0/000$ (کوچکتر از $0/0005$ $P <$ می باشد، می توان نتیجه گرفت که اثر اصلی زمان بر متغیر وابسته به لحاظ آماری معنی دار است و این مقدار تاثیر با مجذور اتیای ۰/۶۶۷ که یک مقدار بزرگ است، مشخص می گردد. به عبارتی نمرات کیفیت زندگی آزمودنی ها در هر دو گروه در طی زمان افزایش معناداری پیدا کرده اند. جهت ارزیابی اثر اصلی گروه (روش درمانی یا متغیر مستقل بین آزمودنی بهاز آزمون اثرات بین گروهی استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای اثر اصلی گروه برای متغیر کیفیت زندگی در جدول شماره ۸ ارائه شده اند

جدول شماره ۸: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای اثر اصلی گروه بر کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتیا
گروه	۶۴/۰۴۶	۱	۶۴/۰۴۶	۰/۱۹۵	۰/۶۶۳	۰/۰۰۸
خطا	۸۲۸۱/۱۲۱	۲۵	۳۲۸/۷۲۵			

داده های جدول نشان می دهند که مقدار $F=0/195$ و مقدار $P=0/663$ بوده و این مقدار از مقدار $0/05 < P$ بزرگتر است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین دو گروه از نظر اثربخشی بر کیفیت زندگی آزمودنی ها تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عبارتی مداخلات MBCT و BATD اثربخشی یکسانی را بر متغیر وابسته کیفیت زندگی داشته اند و بین آنها تفاوت معنی داری ملاحظه نشده است. جهت نمایش بهتر نمرات آزمودنی ها در مقیاس کیفیت زندگی در دو گروه و طی چهار مرحله اندازه گیری از نمودار شماره ۲ استفاده می شود:



نمودار ۴-۲: میانگین نمرات کیفیت زندگی آزمودنی های دو گروه در طی چهار مرحله اندازه گیری (پیش آزمون، هفته چهارم، پس آزمون و پی گیری)

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبنی بر حضور ذهن (MBCT) و درمان گروهی فعال سازی رفتاری برای افسردگی (BATD) در میزان افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویانی انجام شد که حداقل نمرات افسردگی متوسط را در آزمون BDI-II بدست آورده بودند. نتایج پژوهش در خصوص اثربخشی هر کدام از مداخلات نشان داد که هر دوی آنها میزان افسردگی دانشجویان افسرده را با ضریب تأثیر نسبتاً خوبی کاهش داده اند. به عبارتی مشابه با سایر پژوهشهای انجام شده، این پژوهش هم دال بر اثربخش بودن این روشها می باشد. یکی از توجیحات مهم این است که علاوه بر اینکه این دو رویکرد نوین هستند، هر دو به تمرین ر وزانه و برنامه درمانی هر جلسه تأکید دارند و در آنها انتظار می رود شرکت کنندگان مهارتهایی را بیاموزند که به آسانی فراموش نشوند زیرا آنها شیوه های نوینی برای زندگی کردن هستند. در واقع در مداخله MBCT آزمودنی ها روش حضور ذهن را برای سایر حوزه ها و فعالیت های زندگی خویش می آموزند و افکار خود و هیجانات خویش را بدون داوری می پذیرند و این کار منجر به کاهش نشخوار فکری و نهایتاً کاهش علائم افسردگی می شود. از طرف دیگر BATD به عنوان مداخله ای رفتاری شرکت کنندگان را ترغیب می کند تا تعاملات جدیدی را در زندگی خود داشته باشند و به پاداش و تقویت مثبت این تعاملات بپردازند و از آنجا که در این رویکرد اعتقاد بر این است که علت افسردگی کاهش دریافت تقویت مثبت است، بنابراین افزایش آن منجر به کاهش افسردگی می شود. از طرف دیگر یکی از دلایل اثربخش بودن هر دو مداخله این است که به شرکت کنندگان آموزش داده می شد که از افکار و خلق خود آگاهی داشته باشند چرا که افسردگی زمانی ایجاد می شود که توجه و آگاهی از افکار و خلیات به شدت کاهش می یابد. در این بین علت اثربخش MBCT این است که در آن تأکید اصلی بر آموزش نظام مند برای آگاه تر شدن لحظه به لحظه از حسهای بدنی، افکار و هیجانات به عنوان رویدادهایی در حوزه آگاهی می شود. بنابراین آزمودنی یاد می گیرد به جای اینکه به افکار، هیجانات و حس های بدنی به عنوان واقعیت بنگرد، او را به عنوان جنبه هایی از تجربه که از آگاهی آنها عبور می کند در نظر بگیرد. یعنی آنها می آموزند که با فرایند تفکر به شکلی غیر متمرکز با محتوای افکار ارتباط داشته باشند. پس می آموزند که افکار حقیقت مسلم نیستند بلکه آنها فقط یکسری افکارند (کرین، ۱۳۹۱). در این پژوهش نیز سعی شد در جلسات آموزشی این موضوع به طور دقیق آموزش داده شود. یکی دیگر از توجیحاتی که می توان مطرح نمود این است که در MBCT و BATD اعتقاد بر

این است که یکی از دلایل ایجاد و تشدید افسردگی اجتناب تجربه ای است . بنابراین با هدف قرار دادن آن، افسردگی کاهش می یابد. بنابراین یکی از علتهای کاهش افسردگی در پژوهش حاضر کاهش اجتناب تجربه ای آزمودنی ها بود. یعنی مشابه **BA**، **MBCT** نیز تاکید زیادی بر ایجاد حالت ذهنی نزدیک شدن به تجربه دارد . نتایج پژوهش حاضر در خصوص کاهش قابل ملاحظه افسردگی توسط مداخلات **MBCT** و **BAT** با سایر پژوهشها هماهنگی دارد مثل : بارنهوفر (۲۰۰۹)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸)، پیت و هوگار (۲۰۱۱)، گشویند (۲۰۱۱)، فولی و همکاران (۲۰۱۰)، تامپسون (۲۰۱۰)، مارتل و همکاران (۲۰۰۱ و ۲۰۱۰)، لیجوز و همکاران (۲۰۰۱) و (۲۰۱۱)، دیمیدجان و همکاران (۲۰۰۶)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۴)، فریون و همکاران (۲۰۰۷)، چیسو و سرت (۲۰۱۱)، مورفی و همکاران (۲۰۱۱)، کنه و همکاران (۲۰۱۱)، بریتون و همکاران (۲۰۱۱)، مکفرسون و همکاران (۲۰۱۰)، هوپکو و همکاران (۲۰۰۴) و نداد (۱۳۸۹).

از طرف دیگر این پژوهش درصدد بود تا میزان کیفیت زندگی دانشجویان افسرده را تحت مداخلات **MBCT** و **BATD** اصلاح و دستکاری کند. نتایج نشان داد که هر دو مداخله توانستند به نسبت مشابه کیفیت زندگی دانشجویان افسرده را افزایش دهند. از آنجا که کیفیت زندگی و افسردگی با هم در ارتباطند و این ارتباط به صورت تعامل منفی است، بنابراین حالتی چون افسردگی میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می دهند . به عبارتی افزایش افسردگی، کاهش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی، افزایش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت . و ما نیز در این پژوهش به این نتایج دست یافتیم.

برلیم و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که میزان کیفیت زندگی بیماران خلقی به شدت آن برمی گردد . یعنی هرچه اختلال شدیدتر باشد، کیفیت زندگی پایین تر است . یکی از توجیحات مهم در خصوص اثربخشی **MBCT** و **BATD** بر کیفیت زندگی نمونه پژوهش حاضر، این است که عموماً کیفیت زندگی به عنوان یک قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت خود از زندگی است، بنابراین وقتی فردی افسردگی دارد، مداخله درمانی و پیش آگهی درمان می تواند اثرات مفیدی بر درک کلی رضایت از زندگی فرد بگذارند. و از آنجا که هر دو مداخله فوق به عنوان رویکردهای جدید در حوزه **CBT** مطرح شده و هر دو به شکلهای گوناگون شناخت ها و عواطف مراجعان را اصلاح می کنند بنابراین اصلاح قضاوت شناختی فوق به عنوان مفهوم کیفیت زندگی نیز در این بین اصلاح و بهبود پیدا می کند. نتایج پژوهش حاضر در خصوص افزایش کیفیت زندگی مراجعان افسرده با پژوهشها صورت گرفته در این زمینه هماهنگ است. به عبارتی سایر پژوهشها نیز دال بر اثربخش بودن **MBCT** و **BATD** بر کیفیت زندگی می باشند. این پژوهشها عبارتند از: نشاط دوست و همکاران (۲۰۰۹)، وریس و همکاران (۲۰۱۲)، گازگون (۲۰۱۱)، فرناندز پرادو و همکاران (۲۰۱۲)، دنسا و همکاران (۲۰۱۱)، راس و رابینز (۲۰۰۴)، گلدفرین و همکاران (۲۰۱۰)، و ون لارهون (۲۰۱۱) .

مهمترین نکته قابل توجه این است که بخش قابل ملاحظه ای از این پژوهش با این هدف طرح و تدوین شد که اثربخشی دو رویکرد **MBCT** و **BATD** را با یکدیگر مقایسه نماید. یعنی همانطوری که **BATD** با توجه به پژوهشهای گوناگون، بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده اثر بخش بود، آیا **MBCT** نیز به همان میزان یا کمتر و بیشتر اثر بخشی دارد؟ در واقع هدف این بود که درمان برتر در این حوزه معرفی و به سایر پژوهشگران و متخصصان بالینی جهت افزایش بهداشت روان مراجعان توصیه شود. اما نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین اثربخشی آنها وجود ندارد یعنی فرضیه مهم ما مبنی بر وجود تفاوت بین دو درمان مورد تایید قرار نگرفت. دلایل و توجیحات مهمی در زمینه اثربخشی یکسان آنها وجود دارد که به آنها اشاره می گردد.

اولین نکته ای که لازم است به آن اشاره شود عدم وجود پیشینه جهت مقایسه **MBCT** و **BATD** در درمان

افسردگی می باشد. تنها مقاله ای که به طور مستقیم این دو درمان با هم مقایسه شده اند توسط دیمیدجان و همکاران (۲۰۰۹) مطرح شده و آن نیز به صورت مروری می باشد. در این مقاله BA و MBCT را به عنوان نوآوری های جدید رفتاردرمانی شناختی معرفی می کنند هر دو در درمان و جلوگیری از افسردگی بوجود آمده اند. MBCT و BA هر چند رویکردهای متمایزی بوده و برای افراد گوناگون طراحی شده اند (افسردگی حاد در مقابل افسردگی بهبود یافته) به هر حال آنها متحد شده اند تا خارج از CT سنتی اما بر پایه اصلاح افکار ناکارآمد حرکت کننده مانند سایر درمانهای همزمان یعنی DBT، پذیرش و تعهد، BA و MBCT سهم بسیار زیادی بر مقابله با محتوای تفکر بیماران دارند (دیمیدجان، ۲۰۰۹).

نابراین جهت نتیجه گیری می توان گفت که مداخلات پژوهش حاضر به طور مشترک بر فرایندهایی تاکید دارند که نقطه مقابل محتوای تفکر بیماران افسرده است. به عبارتی هر دو به اصلاح تفکرات افسرده ساز می پردازند اما با روشهای متفاوت. یکی از آنها (MBCT) بر پذیرش، ذهن آگاهی و عدم قضاوت با هدف اصلاح افکار فوق تاکید دارد و دیگری (BATD) با تغییرات رفتاری، افکار ناکارآمد را مورد هدف قرار می دهند. پس به نظر می رسد هدف هر دو یکی است ولی با روشهای متفاوت.

نکته مهم دیگر اینکه برخلاف CT که تغییرات مستقیم تفکر بیماران را جهت درمان و پیشگیری افسردگی لازم می داند، BATD و MBCT به طور مشترک فاقد این فرض هستند که به طور مستقیم شناخت های بیماران را بازسازی کنیم. در مقابل، آنها تاکید دارند که لازم است نقطه مقابل تفکرات منفی^{۳۸} و تشخوار ذهنی^{۳۹} را تحول و توسعه داد. یعنی هوشیاری و آگاهی نسبت به تجربه های بی واسطه و انجام اعمال ماهرانه.

نکته دیگر در توجیه اثربخشی یکسان MBCT و BATD در پژوهش حاضر، اشاره دارد به این که هر دوی آنها جزء مداخلات موج سوم رفتار درمانی^{۴۰} می باشند. یعنی در هر دوی آنها ذهن آگاهی، توجه و هوشیاری در کاهش نشانه ها بسیار مورد تاکید است. آنچه مشخصه اصلی این درمانهای موج سوم را تشکیل می دهد تمرکز بر پذیرش برای ایجاد تغییر است (محمدخانی و خانی پور، ۱۳۹۱). در اکثر این درمانهای موج سوم نظریه آسیب شناسی روانی به بد تنظیمی های هیجانی و ناآگاهی از واکنشهایی است که به صورت خودکار در برابر هیجانهای منفی در تلاش برای کاهش آشفتهگی روانی فعال می شوند. بنابراین MBCT و BATD شیوه هایی را ارائه می دهند که با کمک به فرد در جهت فاصله گیری از فرایندهای درون روانی، اعتبار بخشی به هیجانها در ناک، باز جهت دهی توجه و انعطاف پذیری آن، زمینه تغییر را از راه پذیرش بوجود آورند.

نکته نهایی این است که هر دو مداخله MBCT و BATD به عنوان روان درمانی های جدید موج سوم بر این نکته تاکید دارند که افسردگی ناشی از اجتناب تجربه ای است، بنابراین جهت حل آن می توان این ویژگی مهم افراد افسرده را مورد هدف قرار داد. در پژوهش حاضر چون هر دو مداخله ساختمند بوده و از تمرینات و تکالیف خانگی زیادی استفاده می کردند بدین ترتیب با این روشها اجتناب این بیماران کاهش پیدا می کند. یعنی کاهش نشانه افسردگی آزمودنی های پژوهش حاضر نشان دهنده کاهش قابل ملاحظه اجتناب تجربه ای آنها می باشد. هر طرح پژوهشی دارای محدودیت های ویژه ای است و میزان درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر عدم امکان بررسی متغیر های پژوهش بر نمونه های بلینی (موارد شدیدتر) می باشد. از دیگر محدودیت های پژوهش کوتاه بودن دوره پی گیری ۲ ماه بود، لازم است

۳۸ Negative thoughts

۳۹- Rumination

۴۰ Behavior therapy

این دوره در دوره های ۳ ماهه، ۶ ماهه و حتی یک ساله صورت پذیرد. بنابراین پیشنهاد می شود محدودیت های فوق در پژوهش های آتی مورد ملاحظه قرار گیرند.

منابع

- آذرگون، ح.، کجباف، م.، مولوی، ح.، عابدی، م.، (۱۳۸۶). اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور رفتار. دانشگاه شاهد. سال شانزدهم. شماره ۳۴. ص ۱۳-۲۰.
- بیگدلی، ل.، رحیمیان بوگر، ل. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فلل سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی. مجله روان شناسی بالینی. سال دوم شماره ۴. ص ۲۸-۱۹.
- پلنت، ج.، (۱۳۸۹). SPSS. ترجمه؛ کاکاوند، ع. انتشارات سرافراز.
- حناساب زاده اصفهانی، م.، سزدان دوست، ر.، نژاد مزید، ع.، غرایبی، ب.، (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد بیماران افسرده خودکشی گرا: یک مطالعه کیفی. مجله علوم رفتاری. دوره ۵. شماره ۱. ص ۳۸-۳۳.
- حناساب زاده اصفهانی، م.، غرایبی، ب.، (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی راهنمای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مبتلایان به اختلال افسردگی مهاده با افکار خودکشی. مجله روان شناسی بالینی. سال اول شماره ۱. ص ۴۵-۳۵.
- غرایبی، ب.، (۱۳۸۲). تعیین وضعیت های هویتی و ارتباط آن با سبکهای هویتی و افسردگی در نوجوانان تهرانی. رساله دکتری. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- کویین، ر.، (۱۳۹۱). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با تاکید بر مشخصه های اختصاصی. ترجمه؛ محمدخانی و همکاران. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- کاویانی، ح.، (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی، پرسشنامه سلامت، فهرست واری صفات خلقی و BDI در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. گزارش تحقیق. دانشگاه علوم پزشکی تهران. بیمارستان روزبه.
- گودرزی، ن.، بشارت، م.، رستمی، بهرامی، ه.، (۱۳۸۷). اثربخشی روش درمان فعال سازی رفتاری و قرارداد گروهی بر بیماران وابسته به مواد افیونی. روان شناسی معاصر. دوره سوم. شماره ۱. ص ۱۳-۳.
- محمدی، ا.، امیری، م.، (۱۳۸۹). مقیاس فعال سازی رفتاری برای افسردگی: ویژگی های روان سنجی و تحلیل عاملی تاییدی نسخه ایرانی. مجله روان پزشکی و روان پزشکی ایران. سال شانزدهم. شماره ۱. ص ۷۳-۶۵.
- محمدخانی، پ.، خانی پور، ح.، (۱۳۹۱). درمانهای مبتنی بر حضور ذهن ب ه همراه راهنمای علمی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- ویلیامز، م.، سگال، ز.، تیزدال، ج. (۱۳۸۴). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی : رویکردی نوین در پیشگیری از عود افسردگی. ترجمه: محمد خانی، پ. تمناپی فر، ش و جهانی تابش، ع. انتشارات فرادید.
- نداف، م.، (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی گروه درمانی با رویکرد فعال سازی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی مددجویان وابسته به مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- نفیری، ح.، هاشمی، ل.، حسینی، س.م.، (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز براساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی. سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ص ۳۶۸-۳۵۶.
- Brinhuman, L., Brinhuman, a. (2004). Guided mindfulness meditation in the context of suicidality. Scientific word journal. V: 4, 10-27.
- Berger, A.M. Portenoy, R.K. & Weissman, D. E. (2000). Suportive encology:

principle & practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Britton, W. Shahr, B. Szepeswol, O. Jacobs, W.L (2011). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: result from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. Available online 1.
- Branhofer, T. Cron, C. Havens, E. and et al (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression. A preliminary study. *Behavior research and therapy*. Vol: 47. 366-373.
- Cuijpers, P. Vanstraten, A. Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta analysis. *Clinical psychology review*. Vol: 27. 317-326.
- Carlson, L.E, Bultz, B.D. Morris, D.G. (2005). Individualized quality of life, standardized quality of life and distress in patients under going a phase I trial of the novel therapeutic realsin. *Health and quality of life. Aoutcoms*. 3-7.
- Chiesa, A. Calati, R. Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive ability? A systematic review of neuro psychological findings. *Clinical psychology*. Vol: 31. 449-446.
- Deensa, S. Shirley. O.T. (2011). Investigating the Relationship between copying, quality of life and depression/anxiety in patients with external fixation devices. *International journal of orthopedic and trauma nursing*. Available online 14.
- Dimidjian, S. Hyle, J. Davis. (2009). Newer variations of cognitive behavioral therapy: behavioral activation and mindfulness-based cognitive therapy. *Current psychiatry reports*. Vol: 11. 453-458.
- Dimidjian, S. Hollon, S.D, Hobson, K. and et al (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol: 76. 468-477.
- Frewen, P.A. Evans, E.M. Marry, N. and et al (2007). Mindfulness and negative automatic thinking. *Springer science*. Vol: 10. 1-17.
- Foly, E. Bailie. A. Huxter, M. Price, M. Sinclair. E (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol: 78. 72-79.
- Goldfrine, K.A. Hearing. C. (2010). The effects of mindfulness based-cognitive therapy on recurrent of depressive episode, mental health and quality of life: a randomized controlled study. *Behavior research and therapy*. Vol: 48. 738-746.
- Geschwind, N. Peters, F. Drukker, M. Wichers. M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotion and reward experience and adults vulnerable to depression: a randomized psychology. Vol: 79. 618-628.
- Hayes, S. Lounsbury, J.B. & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: mode, processes and outcomes. *Behavioral research and therapy*. Vol: 44. 1-25.
- Hopko, D. Robertson, S. Carralho. (2009). Sudden gains in depressed cancer patients treatment with behavioral activation therapy. *Behavior therapy*. Vol: 40. 346-356.
- Hopko, D. Lejuez, C. Hopko, S. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical case studies*. Vol: 3. 37-48.
- Kaviani, H. Javoheri, F. Hatami, N. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced international. *Journal of psychology population. Psychological therapy*. Vol: 11. 285-296.
- Kim, B. Lee, S.H. and et al. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder.
- Keun, P. Bostanov, V. Hautzinger, M. Kotchouby, B (2011). Mindfulness-based cognitive therapy, cognitive style, and temporal dynamics of frontal EEG alpha

asymmetry in recurrently depressed patients. *Biology: cal psychology*. Vol:88. 243-252.

- Lejuez, C.W. Hopko, D.R. and et al (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior modification*. 35 (2). 111-161.

- Magidson, C.A. Macpherson, L. and et al (2011). Examining the effect of the enhancement treatment for substance use on residential substance abuse treatment retention. *Addictive behavior*. 36. 615-623.

- Martel, C.R. dimidjian, S. Herman-Dunn. R. (2010). *Behavioral activation for depression a clinical Guide*. Guilford press. New York- London.

- Martell, C.R. Addis, M.E & Jacobson. N.S (2001). *Depression in context: strategies guided action*. New York. Norton.

- Murphy, H. Lahtinen, M. (2011). Understanding the impact of meditative homework on depression in the context of mindfulness-based cognitive therapy: an interpretative phenomenological analysis. *Eropean psychiatry*. Vol: 26. 659.

- Neshatdost, H.T. Nilfroshzadeh, M.A. Dehghani, F. Molavi, H. (2009). Effectiveness of cognitive behavior stress management therapy on patients quality of life with alopecia in skin disease and leishmaniasis research current of Isfahan. *journal of Arak university of medical science*. 12. 125-132.

- Penedo, F. Trager, L. Dahn. L. Molton. Et al (2007). Cognitive- behavior stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual Hispanic men treat for localized prostate cancer. *Result of a randomized controlled. Trail behavior medicine*. 14. 146-172.

- Rath, B. & Robins (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic medicine*. 6. 113-123.

- Segal, Z.V. Williams. J. M. Teasdal. J.D (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.

- Teasdal. J.D & Branford, P.L (1993). *Affect, cognition, and change: Re-modeling depressive thought*. London.

- Tompson, N.L. Wolker, E.R. (2010). Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project up lift. *Epilepsy & behavior*. Vol: 19. 247-254.

- Van Larhoven, W.M. et al (2011). Perspective on death and an after life in relation on quality of life, depression, and hopelessness in cancer patient's without evidence of disease and advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*. Vol: 41. 1048-1059.

- Williams, J.M.G. Alatiq, Y. and et al (2008). Mindfulness-based cognitive therapy in bipolar disorder: preliminary evaluation on immediate effects on between-episode.

- Witkewitz, K. Marlatt. A. & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorder: the meditation tortoise wins the race. *Journal of cognitive psychotherapy*. Vol: 9. 221-229.