Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 4/ Winter 2017
Page: 12-26

A comparison on the components mindfulness and affective temperaments among the patients with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals

Mohammad Esmaeilzadeh Akhoundi [1*], Anahita Mohammadalizadeh Namini [2]

1. MS in Family Counseling, Psychology faculty, Kharazmi University, Karaj, Iran(Corresponding author)
2. MS in consultation and guidance, psychology faculty, Islamic Azad University of Abhar, Abhar, Iran

Abstract

Introduction: Mindfulness is a new concept which has been paid into attention in recent years for treatment of many psychiatric disorders, psychiatrists and psychologists. Using the techniques of mindfulness involves using additional information on how the components of mindfulness act in each psychological disorders. The aim of this study was to compare components of mindfulness in three groups of patients with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals.

Materials and Methods: The study universe included all patients with major depressive disorder and generalized anxiety disorder who were referred to counseling center in Tehran. Of these, 30 patients with a diagnosis of major depressive disorder and 30 patients with a diagnosis of generalized anxiety disorder were selected by convenience sampling. A group of 30 normal subjects who were free of major depressive disorder and generalized anxiety University of Medical Sciences were selected from the staff. People in all three groups (depressed, anxious and normal) in terms of age, gender, lack of physical illness and lack of other mental diseases were matched. The instruments used in this study included the Beck Depression Inventory, Spielberger State Anxiety Inventory, and five components of mindfulness and health assessment questionnaire Memphis, Pisa, Paris and San Diego. In order to analyze the research data, descriptive statistics mean and standard deviation and inferential statistics multivariate analysis of variance MANOVA)) and Tukey tests were used.

Results: The results showed that among the three groups, there are significant differences in the components of mindfulness. In other words, the components observe, describe and act with awareness among anxious and depressed patients and normal people. A significant difference was seen in terms of non-judgmental mindfulness, among depressed, anxious and dianxious patients and normal individuals. Also, in terms of the component lack of reaction, the difference was significant between groups the groups anxious-depressed, anxious-normal and depressed-normal. Also, the depressed people gained a higher score in affective temperament scales compared to anxious and normal ones and difference of these scores was significant in terms of cyclothymia and irritability.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that anxious and depressed patients have a poorer functioning compared to normal people in terms of mindfulness and their affective temperament scores were far higher than those of normal people. Therefore, the mindfulness-based treatments can facilitate the treatment process and improve symptoms of such patients, emphasizing on these components.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۵
صفحات: ۲۶-۱۲

مقایسه‌ی مؤلفه های ذهن آگاهی و مزاج های عاطفی در افراد با افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار

محمد اسمعیل زاده آخوندی [۱*]، آناهیتا محمدعلیزاده نمینی [۲]
۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشکده روانشناسی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)
۲- کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر

چکیده

زمینه: ذهن آگاهی مفهومی جدید است که در سال‌های اخیر در درمان بسیاری از اختلالات روانشناختی مورد توجه روانپزشکان و روانشناسان قرار گرفته است. استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی مستلزم بهره‌گیری از اطلاعات دیگری در خصوص چگونگی عملکرد مؤلفه‌های ذهن آگاهی در هر یک از اختلالات روانشناختی است. هدف این پژوهش مقایسه‌ی مؤلفه‌های ذهن آگاهی در سه گروه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار بوده است.

روش: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب منتشر بود که به مرکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند. از میان این افراد، تعداد ۳۰ نفر با تشخیص اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ نفر با تشخیص اختلال اضطراب منتشر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. یک گروه ۳۰ نفری از افراد بهنجار که فاقد اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب منتشر بودند نیز از بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی انتخاب شد. افراد هر سه گروه (افسرده، مضطرب و بهنجار) بر حسب متغیرهای سن، جنسیت، فقدان بیماریهای جسمی و عدم ابتلا به سایر بیماریهای روانی همتاسازی شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب اشپیلبرگر، پرسشنامه پنج مؤلفه ذهن آگاهی و پرسشنامه ارزیابی مزاج ممفیس، پیزا، پاریس و سن دیگو بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سه گروه در مؤلفه‌های ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، در مؤلفه‌های مشاهده، توصیف و عمل توأم با آگاهی میان افراد مضطرب و بهنجار و همچنین افراد افسرده و بهنجار تفاوت معناداری وجود داشت. در مؤلفه‌ی عدم قضاوت ذهن آگاهی، میان افراد افسرده و مضطرب و افراد بهنجار و مضطرب تفاوتها معنادار بود. همچنین در مؤلفه‌ی عدم واکنش تفاوت میان گروه‌های مضطرب- افسرده، مضطرب- بهنجار و افسرده- بهنجار معنادار بود. همچنین افراد افسرده در مزاج‌های عاطفی نمرات بیشتری نسبت به افراد اضطرابی و بهنجار کسب نمودند وتفاوت این نمرات در مقیاس ادوارخویی و تحریک‌پذیری نسبت به افراد بهنجار معنادار بود.

نتیجه‌گیری: در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که بیماران مضطرب و افسرده نسبت به افراد بهنجار در مؤلفه‌های ذهن آگاهی عملکرد ضعیف‌تری دارند و نمرات مزاجهای عاطفی انها به مراتب بالاتر از افراد بهنجار بوده است. بنابراین درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند با تأکید بر این مؤلفه‌ها موجب تسهیل روند درمان و همچنین بهبود علایم این-گونه بیماران شود.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افسردگی اساسی، اضطراب منتشر
[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

مقدمه

افسردگی بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر می-گذارد و علایم آن عملکرد افراد در حوزه‌های مختلف انگیزشی، هیجانی، شناختی، رفتاری و زیستی را مختل می‌کند (گیلبرت ۲۰۰۷) بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم، اختلال افسردگی اساسی با تغییرات آشکاری در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی- زیستی که در طی یک دوره دو هفته‌ای بروز می‌کند، مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳) این اختلال در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود 11 درصد) را دارد. اختلال اضطراب منتشر نیز اختلال شایع دیگری می‌باشد که شیوع یک ساله آن ۳ تا ۸ درصد تخمین زده شده و شیوع این اختلال در طول عمر ۸ درصد گزارش شده است. همچنین اختلال اضطراب منتشر احتمالاً شایع‌ترین اختلالی است که همزمان با دیگر اختلالات یافت می‌شود (کاپلان ۲۰۰۷) بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نگرانی و اضطراب مفرط در مورد دامنه‌ای از رویدادها و فعالی تها در اکثر ایام و طی یک دوره حداقل شش ماهه از ویژگی‌های اختلال اضطراب تعمیم یافته می‌باشد. در این اختلال، کنترل نگرانی و اضطراب برای فرد دشوار است و با حداقل سه علامت از علایم اضطراب همراه می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳) افراد مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطراب دارای سوگیری‌های شناختی و نگرشهای ناکارآمدی هستند که این گونه نگرشها و افکار نقش مهمی در تداوم این اختلالات ایفا می‌کند. به عنوان مثال، پژوهش‌ها تأیید کرده‌اند که افسردگی با گرایش به توجه انتخابی بر اطلاعات منفی همراه است. همچنین سوگیری‌های شناختی در میان افراد افسرده با قضاوتها و اسنادهای منفی توأم می‌باشد. این گونه افراد شکست-های خود را بزرگ نمایی می‌کنند و موفقیتهای خود را نادیده می‌گیرند (کلارک ۲۰۰۵) افراد مبتلا به اضطراب منتشر نیز به منظور کاهش اضطراب خود از پاسخهای اجتنابی شناختی استفاده می‌کنند. نگرانی که مهمترین نشانه‌ی اختلال اضطراب منتشر به شمار می-آید، به عنوان یک پاسخ اجتنابی شناختی به یک موضوع تهدید کننده در نظر گرفته شده است. هنگامی که فرد با تهدیدی در مورد وقوع یک رویداد در آینده مواجه می‌شود و امکان بروز هیچ‌گونه پاسخ رفتاری اجتنابی برای او فراهم نیست، از پاسخ اجتنابی شناختی استفاده می‌کند (مکلود ۲۰۰۶). با توجه به آنچه که مطرح شد، به نظر می‌رسد که بیشتر اشتغالات فکری افراد افسرده در مورد رویدادهای گذشته است و افراد مضطرب نیز با افکاری در مورد وقوع رویدادی تهدیدکننده در آینده مواجه هستند. بنابراین به نظر می-رسد که بیماران افسرده و مضطرب توانایی لذت بردن از زمان حال را ندارند و در گذشته یا آینده به سر می-برند. به منظور کمک به این گونه بیماران می‌توان از درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمود. ذهن آگاهی از جمله مفاهیم مهمی است که اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده و به نظر می‌رسد نقش مهمی را در اختلالات یاد شده ایفا می‌کند. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌های خاص است: بودن در حال حاضر، هدفمند و خالی از قضاوت.

ذهن آگاهی بدان معناست که شخص، آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف کند (کابات ۱۹۹۰). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره‌ی آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح (گیلبرت ۲۰۰۷).

همان‌گونه که مطرح شد، آنچه از لحاظ روانی انسان را در برابر افسردگی و اضطراب، آسیب‌پذیر

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

می‌کند، درگیری ذهنی با خاطرات گذشته و رویدادهای محتمل آینده است. بنابراین ذهن آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد تمرکزمان را در زمان حال نگاه داریم. وقتی ما نسبت به زمان حال، آگاه هستیم دیگر توجه ما با گذشته یا آینده درگیر نیست (گیلبرت ۲۰۰۷). بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در مورد اثربخشی درمانهای مبتنی بر ذهنآگاهی نیز این مسئله را مورد تأیید قرار داده‌اند. این‌گونه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانگان جسمی و روانی اختلالات افسردگی (کاویانی ۲۰۰۵، تیزدیل ۲۰۰۰) و اضطراب (کابات ۱۹۹۲، نریمانی ۲۰۱۱) مؤثر هستند.

علاوه بر آنچه که مطرح شد، پژوهشگران در پژوهش‌های بعدی خود به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی به فعالیت در حال انجام به جای عمل به شکل خودکار (عدم قضاوت) قضاوت نکردن درباره‌ی تجارب جاری (و عدم واکنش) واکنش نشان ندادن به احساسات در حال وقوع. (در پژوهشهایی که در زمینه‌ی صفت ذهن آگاهی انجام شده مشخص گردیده که این صفت، رابطه‌ای منفی با افسردگی و اضطراب دارد (وانگ ۲۰۱۱، هافمن ۲۰۱۰) به عنوان مثال، پژوهش ویلیامز (۲۰۰۸) نشان داد که سطوح بالاتر ذهن آگاهی با سطوح پایی نتر نشخوار فکری، اجتناب، کمال‌گرایی و خود راهنمایی ناسازگارانه همراه می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش دیگری (دسروسیرز ۲۰۱۳) که از معدود مطالعات صورت گرفته در زمینه ارتباط مؤلفه‌های ذهن آگاهی با افسردگی و اضطراب در یک نمونه بالینی بوده است، نشان داد که همه مؤلفه‌های ذهن آگاهی به طور معناداری با همه‌ی ابعاد افسردگی و اضطراب همبستگی معنادار دارد. اما مؤلفه‌ی توصیف ذهن آگاهی با تنش اضطراب کلی رابطه‌ای نشان نداد و مؤلفه‌ی مشاهده نیز با هیچ یک از مؤ لفه‌های اضطراب و افسردگی همبستگی معنادار نشان نداد. به طور کلی، مطالعات صورت گرفته در زمینه ذهن آگاهی بیشتر نمره کل ذهن آگاهی را مورد بررسی قرار داده‌اند و پژوهش‌ها در زمینه مؤلفه‌های ذهن آگاهی اندک می‌باشد. از طرف دیگر، معدود مطالعات صورت گرفته در زمینه مؤلفه‌های ذهن آگاهی نیز بیشتر بر روی نمونه‌های غیر بالینی بوده و گاه نتایج این پژوهش‌ها متناقض بوده است. علاوه بر این، محققین پژوهش حاضر به مطالعه‌ای دست نیافته‌اند که مؤلفه‌های ذهن آگاهی را در سه گروه افسرده، مضطرب و بهنجار مورد مقایسه قرار داده باشد. حوزه مورد بررسی دیگر در پژوهش حاضر مزاج‌های عاطفی بود. مطالعات مطرح می‌کنند که اغلب بیماران با اختلال روانی که دچار افسردگی و اظطراب هستند دارای صفات بدتنظیمی مزاجی می‌باشند. در مطالعه چند مرکزی ملی فرانسه بنام EPIDEP که روی ۴۵۰ بیمار دو قطبی اجرا شده بود مزاج ادوارخویی و هیجان‌زدگی بطور معناداری در بین بیماران بیشتر بود. همچنین نتایج مطالعه مروری ریمر، اکسیکال نشان داد که مزاج‌های عاطفی بعنوان صفت مرتبط مقدم بر اختلالات خلقی کوچک و عمده وجود دارند. (بک ۱۹۹۶)

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده مفهوم ذهن آگاهی نقش مهمی در رهایی از نشانگان افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی افراد ایفا می‌کند، آگاهی از اینکه کدام یک از مؤلفه‌های این مفهوم در شکل‌گیری این اختلالات مؤثر است به روانپزشکان و روانشناسان در جهت پیشگیری و درمان این اختلالات کمک خواهد نمود و بدین وسیله هزینه‌های بخش درمان را کاهش خواهد داد. همچنین با توجه به اندک بودن پژوهش‌ها در مورد مؤلفه‌های ذهن آگاهی در نمونه‌های بالینی و عدم وجود پیشینه پژوهشی در مورد تفاوت مؤلفه‌های ذهن آگاهی در سه گروه افسرده،

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

مضطرب و بهنجار، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا مؤلفه‌های ذهن -آگاهی و مزاج‌های عاطفی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اختلال اضطراب منتشر و افراد عادی متفاوت است؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علّی- مقایسه‌ای می-باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب منتشر بود که در سال ۹۵ به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه نمودند. تعداد ۳۰ نفر با تشخیص افسردگی اساسی و 30 نفر با تشخیص اختلال اضطراب منتشر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. یک گروه 30 نفری از افراد بهنجار فاقد اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب منتشر نیز از افراد بهنجار در دسترس انتخاب شد. افراد هر سه گروه (افسرده، مضطرب و بهنجار) بر حسب متغیرهای سن، جنسیت، فقدان بیماریهای جسمی و عدم ابتلا به سایر بیماریهای روانی همتاسازی شدند. ملاکهای انتخاب آزمودنیها عبارت از: 1- تشخیص روانپزشک مرکز مبتنی بر اصلی بودن اختلالات اضطرابی یا افسردگی؛ 2- انجام مصاحبه‌ی بالینی با بیماران بر اساس ملاکهای D SM IV-TR ؛ 3- اجرای پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب اشپیلبرگر بود. بدین صورت که گروه افسرده می‌بایست نمره بالا در افسردگی و نمره پایین در اضطراب، گروه مضطرب، نمره بالا در اضطراب و نمره پایین در افسردگی و گروه بهنجار، نمره پایین در هر دو پرسشنامه به دست آورند. ملاکهای خروج از نمونه عبارت از ابتلا به هرگونه بیماری جسمی، ابتلا به سایر اختلالات روانی همراه، سابقه بستری در بیمارستان روانی و سن بالای ۵۰ سال بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به قرار زیر بود:

-پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم: این پرسشنامه توسط بک، استیر و براون (دبسان ۲۰۰۷) ساخته شده است. پرسشنامه افسردگی شامل 21 سؤال می‌باشد که محتوای 15 سؤال مرتبط با علایم روانشناختی و 6 سؤال مرتبط با علایم جسمانی است. همه سؤالات شدت اختلال را بر مبنای مقیاس لیکرت (صفر تا سه) ارزیابی می‌کنند. نمره‌ی کل فرد از طریق جمع نمرات کلیه سؤالات در دامنه صفر تا 63 حاصل می‌شود. بر اساس پیشنهاد بک، نمره صفر تا 9 فقدان افسردگی، 18-10 افسردگی خفیف تا متوسط، 29-19 افسردگی متوسط تا شدید و 63-30 نشانگر افسردگی شدید است. در پژوهشی که توسط دابسون و محمدخانی (گودرزی ۲۰۰۲) صورت گرفت، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ 0/91 به دست آمد. گودرزی (اسپیلبرگ ۱۹۸۳) پایایی این پرسشنامه را از طریق همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ 0/84 گزارش نموده است.

-پرسش نامه اضطراب اشپیلبرگر: این پرسشنامه توسط اشپیلبرگر (محرم ۲۰۰۰) ساخته شد. این ابزار حاوی 40 سؤال می‌باشد که 20 سؤال، اضطراب حالت و 20 سؤال اضطراب صفت را می‌سنجد. سؤالها بر اساس مقیاس 4 درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه‌ای (بارنز ۲۰۰۲) همسانی درونی و ضریب پایایی آزمون- بازآزمون این پرسشنامه عالی گزارش شد. همچنین در مطالعه مهرام (دسروسرز ۲۰۱۳) همسانی درونی هر دو مقیاس از طریق آلفای کرونباخ بر روی یک گروه 600 نفری محاسبه گردید. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب حالت و اضطراب صفت در پژوهش این محقق به ترتیب 0/91 و 0/92 گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ کل پرسشنامه 0/94 محاسبه گردیده است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

-پرسشنامه پنج مؤلفه‌ای ذهن آگاهی: این پرسشنامه توسط بائر و همکاران ساخته شده است. پرسشنامه ذهن آگاهی یک مقیاس 39 گویه‌ای است که پنج مؤلفه‌ی ذهن آگاهی شامل مشاهده، توصیف، عمل توأم با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش را با استفاده از مقیاس 5 درجه‌ای لیکرتی مورد سنجش قرار می‌دهد. دو براین و همکاران ویژگی‌های روان سنجی این ابزار را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این محققین نشان دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس بود. پیش از انجام این پژوهش ابتدا محققین پرسشنامه ذهن آگاهی را از متن اصلی به فارسی ترجمه کردند. سپس متن فارسی این پرسشنامه توسط یک متخصص زبان انگلیسی، از فارسی به انگلیسی بازگردانیده شد و در مرحله بعد تطابق مفهومی و لفظی گویه‌های پرسشنامه اصلی و گویه‌های پرسشنامه از فارسی به انگلیسی ترجمه شده با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفت و واژه‌ها و گویه‌های دارای ابهام مورد اصلاح قرار گرفت. سپس این پرسشنامه بر روی نمونه‌ای شامل 300 نفر اجرا گردید. به منظور بررسی روایی این پرسشنامه نیز از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج نشان دهنده‌ی استقلال پنج عامل ذهن آگاهی بوده است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه مشاهده 0/62، مؤلفه توصیف 0/81، مؤلفه عدم قضاوت 0/65، مؤلفه عدم واکنش 0/63 و مؤلفه عمل توأم با آگاهی 0/11 به دست آمد.

- **پرسشنامه ارزیابی مزاج ممفیس،پیزا،پاریس و سن دیگو (TEMPS-A):** این پرسشنامه دارای پنج زیر مقیاس است که مزاجهای ادوارخویی افسرده تحریک‌پذیر هیجان‌زدگی اضطرابی را اندازه‌گیری می‌کند. این آزمون شامل ۳۹ عبارت می‌باشد که از ازمودنی خواسته می‌شود که بگوید این جمله او را توصیف می‌کند یا خیر (دوبراین ۲۰۱۲). این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی از نوع بلی- خیر است. که برای تعیین مزاج در بیماران و افراد سالم تنظیم شده است. ضریب الفای کافی بری ثبات درونی ادوار خویی ۰/۹۱، افسرده ۰/۸۱، تحریک‌پذیر ۰/۷۷، هیجان‌زدگی ۰/۷۶، اضطراب ۰/۶۷ در مطالعه اکیسکال و همکاران نشان داد که نسخه کوتاه **(TEMPS-A)** یک مقیاس دارای اعتبار روان سنجی و ثبات درونی کافی است. (آکیسکال ۲۰۰۵)

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چند متغیره M ANOVA و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های ذهن آگاهی در افراد افسرده، مضطرب و بهنجار

گروه ها	افسرده		مضطرب		بهنجار	
مولفه ها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مشاهده	۹/۱	۲/۶۴	۹/۹۷	۲/۱۱	۱۲/۷۲	۲/۸۷
توصیف	۲۱/۳۷	۳/۶۵	۱۹/۸۶	۳/۸۷	۲۷/۱۷	۵/۵۱
عدم قضاوت	۱۸/۳۳	۳/۸۹	۱۳/۹۷	۳/۱۲	۲۰/۱۴	۴/۶۳
عدم واکنش	۱۵/۹۷	۳/۲	۱۳/۳۱	۲/۱۴	۱۷/۵۹	۲/۴۸
عمل توام با آگاهی	۲۱/۸۳	۴/۵۱	۲۰/۱	۴/۴۸	۲۸/۵۹	۵/۷۷

جدول۲: میانگین و انحراف معیار گروههای سه گانه در مزاج های عاطفی

مزاج	گروهها	میانگین	انحراف استاندارد	مزاج	گروهها	میانگین	انحراف استاندارد
	افسردگی	۸/۸۰	۲/۲۸		افسردگی	۴/۳۶	۱/۸۰
ادواری خویی	اضطراب	۵/۷۳	۲/۹۷	هیجان-	اضطراب	۴/۰۳	۲/۰۵
	بهنجار	۳/۲۳	۲/۵۹	زدگی	بهنجار	۳/۹۶	۱/۹۶
	افسردگی	۵/۱۳	۲/۲۲		افسردگی	۲/۲۳	۱/۰۴
افسرده	اضطراب	۲/۶۶	۱/۸۴	اضطراب	اضطراب	۱/۲۶	۱/۰۴
	بهنجار	۱/۲۳	۱/۵۲		بهنجار	۱/۵۵	۱/۱۳
	افسردگی	۵/۰۶	۲/۱۸		افسردگی	۲۵/۷۳	۵/۷۸
تحریک پذیر	اضطراب	۲/۸۰	۱/۸۲	نمره کل	اضطراب	۱۵/۸۰	۵/۷۸
	بهنجار	۱/۳۳	۱/۲۱		بهنجار	۱۰/۴۶	۵/۳۰

نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به نتایج گزارش شده در جدول و با توجه به مقدار F می‌توانیم بگوییم که نتایج در سطح $P<0.0001$ معنادار بوده و سه گروه از لحاظ مؤلفه‌های ذهن آگاهی با یکدیگر به شکل معناداری متفاوتند.

جدول ۳: نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

آزمونها	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۸	۱۰/۴۶	۱۰	۱۶۴	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۱۰/۹۸	۱۰	۱۶۴	۰/۰۰۰۱

جدول ۴: آزمونهای چند متغیره جهت معنی‌داری هر متغیر مستقل در مزاج های عاطفی

اثر	شاخص	ارزش	F	درجه ازادی	درجه خطای ازادی	p	مجذور اتا
	اثر پیلایی	/۷۱۱	۹/۲۶	۱۰	۱۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۳۵۶	۱۱/۲۰	۱۰	۱۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
	اثر هتلینگ	۱/۶۱	۱/۶۱	۱۰	۱۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۷
	بزرگترین ریشه روی	۱/۴۸	۱/۴۸	۵	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس تفاوت مؤلفه‌های ذهن آگاهی در سه گروه مورد مطالعه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مشاهده	۲۰۹/۹۸	۲	۱۰۴/۹۹	۱۵/۹۵	۰/۰۰۰۱
توصیف	۸۶۶/۳۴	۲	۴۳۳/۱۷	۲۲/۲۳	۰/۰۰۰۱
عمل توام با آگاهی	۱۱۶۸/۰۹	۲	۵۸۴/۰۴	۲۳/۸	۰/۰۰۰۱
عدم قضاوت	۲۹۲/۴۵	۲	۲۹۲/۴۵	۱۸/۹	۰/۰۰۰۱
عدم واکنش	۱۳۵/۲	۲	۱۳۵/۲	۱۹/۲	۰/۰۰۰۱

نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی میانگین‌های سه گروه آزمودنیها را در هر یک از مؤلفه‌های ذهن آگاهی نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج واریانس چند متغیره بین گروههای سه گانه در مزاج‌های عاطفی

مزاج	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا
ادوارخویی	۴۶۶/۴۲	۲	۲۳۳/۲۱	۳۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
افسرده	۲۷۴/۱۵	۲	۱۳۷/۰۷	۳۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰
تحریک پذیر	۲۱۲/۲۶	۲	۱۰۶/۱۳	۳۳/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴
هیجان زدگی	۱۱/۴۶	۲	۵/۷۳	۱/۴۹	۰/۲۳۰	۰/۰۳۳
اضطراب	۲۰/۸۲	۲	۱۰/۴۱	۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۲
نمره کل	۳۶۰۱/۸۶	۲	۱۸۰۰/۹۳	۵۶/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷

جدول۷: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه مزاج‌های عاطفی در گروههای سه گانه

متغیر مستقل	گروه منبع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	P
	افسرده	اضطراب	۳/۰۶	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
ادواری خویی	افسرده	بهنجار	۵/۵۶	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
	اضطراب	بهنجار	۲/۵۰	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱
	افسرده	اضطراب	۳/۴۶	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱
افسرده	افسرده	بهنجار	۳/۹۰	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱
	اضطراب	بهنجار	۰/۴۳۳	۰/۴۸۷	۰/۶۴۸
	افسرده	اضطراب	۲/۲۶	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱
تحریک پذیر	افسرده	بهنجار	۳/۷۳	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱
	اضطراب	بهنجار	۱/۴۶	۰/۴۶۰	۰/۰۰۶
	افسرده	اضطراب	۰/۳۳۳	۰/۵۰۵	۰//۷۸۸
هیجان زدگی	افسرده	بهنجار	۰/۸۶۶	۰/۵۰۵	۰/۲۰۶
	اضطراب	بهنجار	۰/۵۳۳	۰/۵۰۵	۰/۵۴۴
	افسرده	اضطراب	۰/۹۶۶	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱
اضطراب	افسرده	بهنجار	۱/۰۶	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱
	اضطراب	بهنجار	۰/۱۰۰	۰/۲۶۷	۰/۹۲۶
	افسرده	اضطراب	۹/۹۳	۱/۴۵	۰/۰۰۱
نمره کل	افسرده	بهنجار	۱۵/۲۶	۱/۴۵	۰/۰۰۱
	اضطراب	بهنجار	۵/۳۳	۱/۴۵	۰/۰۰۱

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

در ادامه به مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها در بین گروهها با استفاده از آزمون تعقیبی توکی پرداخته شده است که نتایج در جدول ۸ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که در مؤلفه‌های مشاهده، توصیف و عمل توأم با آگاهی میان افراد مضطرب و بهنجار و همچنین افراد افسرده و بهنجار تفاوت معناداری P<0.0001 وجود داشت. بدین صورت که افراد بهنجار در مؤلفه-های فوق‌الذکر نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده و مضطرب کسب کردند. در مؤلفه‌ی عدم قضاوت نیز میان افراد افسرده و مضطرب و افراد بهنجار و مضطرب تفاوت معنادار)P<0.0001 مشاهده شد. بدین صورت که بیماران افسرده و افراد بهنجار در این مؤلفه نمرات بالاتری نسبت به افراد مضطرب کسب کردند. همچنین در مؤلفه‌ی عدم واکنش تفاوت میان گروههای مضطرب- افسرده)P<0.001 معنادار بود و گروه افسرده در این مؤلفه نمرات بالاتری کسب کردند. در گروههای مضطرب- بهنجار)P<0.0001 و افسرده- بهنجار)P<0.05 هم تفاوت در مؤلفه عدم واکنش معنادار بوده است و افراد بهنجار نسبت به دو گروه دیگر نمرات بالاتری به دست آوردند.

جدول۸: آزمون توکی جهت مقایسه جفت میانگین‌ها

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
	مضطرب	افسرده	۰/۸۷	۰/۶۷	۰/۴
مشاهده	بهنجار	مضطرب	۲/۷۶	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۳/۶۲	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
	افسرده	مضطرب	۱/۵	۱/۱۵	۰/۳۵
توصیف	بهنجار	مضطرب	۷/۳۱	۱/۱۶	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۵/۸۱	۱/۱۵	۰/۰۰۰۱
	افسرده	مضطرب	۱/۷۳	۱/۲۹	۰/۳۸
عمل توام با آگاهی	بهنجار	مضطرب	۸/۴۸	۱/۳	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۶/۷۵	۱/۲۹	۰/۰۰۰۱
	افسرده	مضطرب	۴/۳۷	۱/۰۲	۰/۰۰۰۱
عدم قضاوت	بهنجار	مضطرب	۶/۱۷	۱/۰۳	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۱۸	۱/۰۲	۰/۱۸۹
	افسرده	مضطرب	۲/۶۶	۰/۶۹	۰/۰۰۱
عدم واکنش	بهنجار	مضطرب	۴/۲۸	۰/۷	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۱/۶۲	۰/۶۹	۰/۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسهی مؤلفه‌های ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اختلال اضطراب منتشر و افراد عادی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های ذهن آگاهی در افراد افسرده، مضطرب و بهنجار متفاوت است؛ البته این تفاوت بیشتر میان افراد بهنجار با دو گروه بیمار وجود داشت و تفاوتها میان افراد مضطرب و افسرده در اکثر مؤلفه‌ها معنادار نبود. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، تاکنون پژوهشی که مستقیماً این پنج مؤلفه را در گروههای بیمار و بهنجار مورد مقایسه قرار داده باشد انجام نشده است، اما نتایج این پژوهش با چندین

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

پژوهشی که در زمینه مؤلفه‌های ذهن آگاهی صورت گرفته، همسو می‌باشد (دبراین ۲۰۱۲، کهلس ۲۰۰۹).

بر طبق نتایج این پژوهش، افراد بهنجار در مؤلفه‌ی مشاهده) داشتن توجه دقیق به پدیده‌ها و محرکهای درونی و بیرونی (نمرات بالاتری نسبت به افراد افسرده و مضطرب به دست آوردند. این یافته با پژوهش‌هایی که در گروههای غیر بالینی صورت گرفته متناقض می‌باشد. به عنوان مثال، پژوهش بائر و همکاران نشان داد که سطوح بالاتر مشاهده با استرس روانشناختی بیشتری همراه می‌باشد. در پژوهش دیگری (کوفی ۲۰۱۰) نیز میزان بالای مشاهده با استرس روانشناختی بیشتر همراه بود. همچنین در بر طبق نتایج این پژوهش، افراد بهنجار در مؤلفه‌ی مشاهده (داشتن توجه دقیق به پدیده‌ها و محرکهای درونی و بیرونی) نمرات بالاتری نسبت به افراد افسرده و مضطرب به دست آوردند. این یافته با پژوهش‌هایی که در گروههای غیر بالینی صورت گرفته متناقض می‌باشد. به عنوان مثال، پژوهش بائر و همکاران نشان داد که سطوح بالاتر مشاهده با استرس روانشناختی بیشتری همراه می‌باشد. در پژوهش دیگری (کوفی ۲۰۱۰) نیز میزان بالای مشاهده با استرس روانشناختی بیشتر همراه بود. همچنین در پژوهش دیگری (دسروسرز ۲۰۱۳) افزایش مشاهده با افزایش علایم اضطراب همراه بود اما با افسردگی رابطه‌ای نشان نداد.

پژوهش دسروسرز (۲۰۱۳) و همکاران که بر روی یک نمونه بالینی صورت گرفته بود، نشان داد که مؤلفه مشاهده با هیچ یک از علایم افسردگی و اضطراب همبستگی معنادار ندارد. اما نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره در این مطالعه نشان داد که سطوح بالاتر مشاهده با سطوح بالاتر برانگیختگی اضطرابی همراه است. احتمالاً تفاوتهای فرهنگی واجتماعی تبیین‌کننده تفاوت میان یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهشهای مورد اشاره می‌باشد. همچنین در تبیین تفاوت میان نمرات گروه افسرده و بهنجار در مؤلفه مشاهده می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که افراد افسرده، افرادی غمگین و در خود فرورفته هستند که مدام درگیر افکار ناراحت‌کننده و نشخوارهای فکری خود می‌باشند و ارتباط چندانی با محیط اطراف خود برقرار نمی‌کنند. این افراد احتمالاً توجهی به ریزش آب روی بدن خود در حمام، وزش باد، تابش خورشید، آواز پرندگان و امثال این پدیده‌ها ندارند.

بنابراین مشغولیت ذهنی فراوانی با دنیای درونی خود دارند و این عملکرد سبب می‌شود که افراد بهنجار در این مؤلفه که مستلزم آگاهی نسبت به موارد مورد اشاره است، بهتر از افراد افسرده عمل کنند؛ چون افراد بهنجار در اکثر مواقع متوجه محیط اطراف خود بوده و با آن ارتباط برقرار می‌کنند. قابل ذکر است که از جمله علایم بالینی افسردگی، کاهش قدرت تمرکز و توجه می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا) که این مسئله نیز می‌تواند توجیه‌کننده نمرات پایین افراد افسرده در مقایسه با افراد بهنجار در مؤلفه‌ی مشاهده باشد. با توجه به نمرات بالاتر گروه بهنجار در مقایسه با گروه مضطرب در مؤلفه‌ی مشاهده می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که بر اساس دیدگاه شناختی افراد مضطرب نسبت به محرک‌های تهدیدآمیز، سوگیری توجه دارند (تزانجانی ۲۰۰۹) و شاید به همین دلیل توجه آنها نسبت به سایر محرکها که لزوماً تهدیدآمیز نیستند کمتر از افراد بهنجار است. لذا این مسئله موجب می‌شود که ظرفیت توجه گروه مضطرب نسبت به محرک‌های اطراف کمتر شود. همچنین دشواری در تمرکز یا احساس کار نکردن مغز یکی از علایم اختلال اضطراب منتشر می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا) که به نظر می‌رسد تبیین‌کننده تفاوت نمرات افراد مضطرب و بهنجار در مؤلفه مشاهده باشد. نتایج این پژوهش نشان

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

داد که افراد بهنجار در مؤلفه‌ی توصیف) ریختن پدیده‌ها و اتفاقات اطراف خود در قالب کلمات (نمراتی بالاتر از افراد افسرده و مضطرب به دست آوردند. این یافته با پژوهش‌های دسروسرز همکاران، بارنهوفر و همکاران و بائر و همکاران همسو می‌باشد. با توجه به دلایلی که برای مؤلفه مشاهده ذکر شد در اینجا نیز به نظر می‌رسد که افراد افسرده توجه چندانی به پدیده‌های اطراف خود ندارند؛ پس علاقه‌ای نیز به توصیف و بیان آنها با استفاده از کلمات و عبارات نخواهند داشت. همچنین پژوهشها (تزلبیس ۲۰۱۰، براتیس ۲۰۰۹) نشان داده‌اند که مشکل در شناسایی و توصیف هیجانات آلکسیتیمیا) با علایم افسردگی ارتباط دارد. این موضوع نیز می‌تواند توجیه‌کننده‌ی نمرات پایین‌تر گروه افسرده نسبت به گروه بهنجار در مؤلفه‌ی توصیف باشد. افراد مضطرب نیز، احساسات و افکار مبهمی نسبت به پدیده‌های اطراف دارند و به جهت تشویش و سردرگمی، یافتن کلماتی که با استفاده از آنها بتوانند به توصیف این افکار و احساسات بپردازند برای این افراد دشوار است. همچنین برای اینکه افراد بتوانند احساسها و برانگیختگی‌های فیزیولوژیکی خود را توصیف کنند، می‌بایست توانایی تحمل استرس مرتبط با تجربه مستقیم این‌گونه احساسات و برانگیختگی‌ها را داشته باشند. بنابراین توانایی توصیف تجارب درونی به کاهش اجتناب کمک می‌کند و کاهش اجتناب منجر به کاهش اضطراب خواهد شد. از طرف دیگر، توانایی توصیف احساسات درونی میزان عینی بودن این‌گونه تجارب را افزایش می‌دهد (دسروسیرز ۲۰۱۳). به همین دلیل هدف اصلی درمان شناختی اختلالات اضطرابی آموزش توصیف عینی تجارب اضطراب انگیز به مراجعان است (بک، ۲۰۰۵). نتایج نشان داد که در مؤلفه‌ی عمل توأم با آگاهی (عطف کامل توجه به فعالیت در حال انجام به جای عمل به شکل خودکار) نیز افراد بهنجار نمرات بالاتری نسبت به افراد افسرده به دست آوردند. این یافته با نتایج پژوهشهای کاش و ویتینگام و کریستوفر و همکاران همسو می‌باشد. نتایج این پژوهشها نشان دهنده‌ی همبستگی منفی معنادار میان عمل توأم با آگاهی و علایم افسردگی بود. همان‌گونه که پیش از این بیان شد، افراد افسرده افرادی هستند که افکار و احساسات منفی همراه با نشخوارهای فکری درباره‌ی اشتباهات، محرومیت‌ها و شکست‌های خود در گذشته دارند. در واقع توجه به زمان حال و فعالیت در حال انجام در تضاد با نشخوارهای فکری در مورد گذشته است. کندی روانی- حرکتی و از دست دادن علاقه نسبت به امور نیز از جمله دیگر ویژگی‌های افراد افسرده است. بنابراین این افراد علاقه‌ای به انجام کارها ندارند و اگر بر حسب موقعیت مجبور باشند کاری انجام دهند، احتمالاً به قدری درگیر افکار و خیالات خود هستند که توجهی به چگونگی انجام کار نخواهند داشت و به همین دلیل است که نمره پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار در مؤلفه‌ی عمل توأم با آگاهی به دست آورده‌اند. نتایج نشان داد که افراد بهنجار در مؤلفه‌ی عمل توأم با آگاهی نیز نسبت به افراد مضطرب نمرات بالاتری بهدست آوردند. این یافته با نتایج پژوهش دسروسرز وهمکاران و دوبران و همکاران همسو می‌باشد. اما در مطالعه کاش و ویتینگام ارتباطی میان علایم اضطراب و مؤلفه عمل توأم با آگاهی یافت نشد. نمرات بالای افراد بهنجار نسبت به افراد مضطرب در مؤلفه عمل توأم با آگاهی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که پریشانی و بی‌قراری در افراد مضطرب سبب می‌شود که از تمرکز حواس اندکی برخوردار باشند و مدام درگیر تفکر درباره‌ی تهدیدها و خطرهای احتمالی شوند. همچنین توجه به زمان حال و فعالیت در حال انجام در تضاد با نگرانی در مورد آینده است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

بنابراین همان‌گونه که نتایج پژوهش نشان می‌دهد افراد مضطرب در حین انجام کار، توجهی به چگونگی انجام آن ندارند.

در مؤلفه‌ی عدم قضاوت قضاوت نکردن درباره‌ی تجارب جاری، افکار، احساسات و عقاید افراد افسرده نمرات بالاتری نسبت به افراد مضطرب کسب کردند؛ به عبارتی افراد مضطرب در مورد افکار، احساسات و عقاید خود قضاوت می‌کنند. این نتیجه، خلاف نتیجه‌ی مورد انتظار است. زیرا یکی از ویژگیهای بارز افراد افسرده این است که دائماً افکار، عقاید، و احساسات خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند و این قضاوت البته از نوع منفی است و یکی از مواردی است که در درمان شناختی، هدف درمان قرار می‌گیرد. البته افراد مضطرب نیز برای اجتناب از خطا خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند؛ اما این ویژگی در افراد افسرده بیشتر به چشم می‌خورد. احتمالاً دلیل به دست آمدن این نتیجه، عدم بینش افراد افسرده نسبت به این مشکل شناختی است؛ یعنی آنها از این موضوع که دائماً خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند بی‌اطلاعند. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشهای دسروسرز و همکاران بارنهوفر و همکاران دسروسرز و همکاران ناهمسو می‌باشد. نتایج این تحقیقات نشان دهنده‌ی همبستگی معکوس معنادار میان افسردگی و مؤلفه عدم قضاوت بوده است. البته تاکنون پژوهشی به مقایسه این مؤلفه در بین افراد مضطرب و افسرده نپرداخته است. بنابراین نتایج پژوهش حاضر جالب توجه به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود موضوع تفاوت افراد مضطرب و افسرده در مؤلفه‌ی عدم قضاوت در تحقیقات بعدی بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. نتیجه‌ی دیگری که در این مؤلفه به دست آمده این است که افراد بهنجار نمرات بالاتری نسبت به افراد مضطرب در این مؤلفه کسب کردند؛ یعنی افراد بهنجار، غیرقضاوتی‌تر از افراد مضطرب هستند که این نتیجه با توجه به عدم وجود سوگیری‌ها و افکار ناکارآمد و یا کم بودن میزان آنها در افراد بهنجار قابل توجیه است. به طور کلی، افراد مضطرب در مؤلفه‌ی عدم قضاوت نسبت به افراد افسرده و بهنجار نمرات پایین تری کسب کردند. این یافته با پژوهشهای دسروسرز و همکاران، کاش و ویتینگام همسو می‌باشد. در مؤلفه‌ی عدم واکنش یعنی واکنش نشان ندادن به افکار، احساسات و عقاید افراد افسرده نمرات بالاتری نسبت به افراد مضطرب کسب کردند؛ به عبارتی افراد افسرده، هنگامی که افکار و احساسات به سراغشان می‌آید کمتر از افراد مضطرب، درصدد واکنش نشان دادن به آنها هستند. منظور از واکنش نشان ندادن این است که آن فکر یا احساس را به حال خود می‌گذارند و کاری برای افزایش یا کاهش آن انجام نمی‌دهند. افراد افسرده افرادی هستند که کاملاً تسلیم افکار واحساسات منفی خود شده‌اند، آنها را کاملاً پذیرفته‌اندو هیچ‌گونه واکنشی نسبت به آنها نشان نمی‌دهند؛ امافراد مضطرب این‌گونه نیستند، بلکه دائماً در تلاش و تکاپو هستند تا بتوانند احساسات و افکاری را که باعث رنج و عذاب آنها می‌شود تغییر دهند. بنابراین طبیعی است که افراد افسرده نمرات بالاتری در این مؤلفه کسب کنند. البته باید به این نکته توجه داشته باشیم که این عدم واکنش در افراد افسرده، مثبت نیست. نتایج پژوهشها در مورد مؤلفه عدم واکنش متناقض بوده است. بعضی از مطالعات (کوفی ۲۰۱۰، دسروسیرز ۲۰۱۳) ارتباطی را میان عدم واکنش و علایم افسردگی گزارش نکرده‌اند، در حالی که در بعضی از پژوهشها (کاویانی ۲۰۰۵، دسروسیرز ۲۰۱۳، کریستوفر ۲۰۱۳) میان این دو متغیر همبستگی منفی معنادار وجود داشت که نتایج پژوهش حاضر با نتایج این مطالعات ناهمسو می‌باشد. نتیجه‌ی دیگر در این مؤلفه این است که افراد بهنجار نمرات

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

بالاتری نسبت به افراد افسرده و مضطرب به دست آورده اند. این عدم واکنش در مورد افراد بهنجار مثبت است. زیرا اکثر احساسات و افکار این افراد، بهنجار است و مشکلی در پذیرش آنها ندارند.

بنابراین افکار خود را می‌پذیرند بدون آنکه واکنشی نسبت به آنها نشان دهند. نتایج پژوهش دسروسرز و همکاران نیز نشان داد که سطوح بالای عدم واکنش با اضطراب و افسردگی کمتر همراه می-باشد.

همچنین نتایج حاصل از مقایسه سه گروه در مزاجهای عاطفی در ادوارخویی، افسرده، تحریک‌پذیر و اضطراب تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. فقط در هیجان‌زدگی تفاوت معنادار بین سه گروه وجود نداشت. همچنین مقایسه زوجی دو اختلال بررسی شده تفاوتهای قابل توجهی را در مزاجهای عاطفی نشان دادند. بیماران مبتلا به افسردگی در تمام مزاجهای عاطفی به جز هیجان‌زدگی (نمره خام بالاتر بود اما تفاوت معنادار نبود) بطور معناداری نمرات بیشتری نسبت به بیماران اضطرابی و افراد بهنجار کسب نمودند. این یافته تا حدودی همسو با پژوهش ریمر بوده است. این تفاوتها بیانگر آن است که بد تنظیمی مزاجی در بین اختلالات خلقی من جمله افسردگی بطور قابل ملاحظه‌ای شدیدتر از بیماران مضطرب می‌باشد. البته مطالعات نشان می‌دهد که هم بیماران افسرده و هم مضطرب دارای صفات بدتنظیمی هیجانی هستند. اگر چه بیماران افسرده در تمام مزاجها نمرات بیشتری را نسبت به دو گروه دیگر کسب نمودند اما این تفاوت در مزاج ادوارخویی و تحریک پذیر معنادار بود. لذا می‌توان نتیجه گرفت مزاج ادوارخویی و تحریک-پذیری می‌تواند در بیماران افسرده صفت پایدارتری محسوب شود.(نیلسون ۲۰۱۰)

در نهایت، با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ضروری است مؤلفه‌های ذهن آگاهی به عنوان عواملی مهم در بیماران افسرده و مضطرب مورد توجه بالینی کاران قرار گیرد. همچنین با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر محدود به بیمارانی است که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه نموده‌اند، بهتر است تعمیم داده‌ها به کل جامعه با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های ذهن آگاهی در سایر اختلالات نیز مورد بررسی قرار گیرد تا اطلاعات بیشتری در این حوزه حاصل گردد.

تلویح ضمنی نتایج این پژوهش این است که بیماران مضطرب و افسرده نسبت به افراد بهنجار در مؤلفه‌های ذهن آگاهی عملکرد ضعیف‌تری دارند و درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند با تأکید بر این مؤلفه‌ها موجب تسهیل روند درمان و همچنین بهبود علایم این‌گونه بیماران شوند. بنابراین به نظر می‌رسد که توجه به موضوع ذهن آگاهی و مؤلفه‌های آن در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب می‌تواند مؤثر باشد و به بهبود علایم و احتمالاً جلوگیری از بازگشت مجدد بیماری کمک کند.

References

Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC, et al. TEMPSA: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. J Affect Disorders. 2005; 85(1):45- 52.

Azargoon H, Kajbaf MB. The effect of mindfulness training on the dysfunctional attitude and automatic thinking of depressed students of Isfahan University. J Psychol 2010; 14: 79-94. (Persian)

Baer RA, Smith GT, Hopkins J, et al. Using self-report assessment methods to

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

explore facets of mindfulness. J Assess 2006; 13: 27-45.

Baer RA, Smith GT, Lykins E, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. Assess 2008; 15: 329-42.

Barnes LL, Harp D, Jung WS. Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. Educ Psychol Meas 2002; 62: 603-18.

Barnhofer T, Duggan DS, Griffith JW. Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. Pers Individ Dif 2011; 51: 958-62.

Beck A, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Cambridge, MA: Basic Books; 2005.

Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, et al. Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. Hum Resour Health 2009; 7: 72-7.

Cash M, Whittingham K. What facets of mindfulness contribute to psychological wellbeing and depressive, anxious, and stressrelated symptomatology? Mindfulness 2010; 1: 177-82.

Christopher MS, Neuser NJ, Michael PG, et al. Exploring the psychometric properties of the five fact mindfulness questionnaire. Mindfulness 2012; 3: 124-31.

Clark DA. Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment. New York: The Guilford Press, 2005.

Coffey KA, Hartman M, Fredrickson BL. Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. Mindfulness 2010; 1: 235-53.

de Bruin EI, Topper M, Muskens JG, et al. Psychometric properties of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. Assess 2012; 19: 187-97.

Desrosiers A, Donalds R, Anderson M, et al. School based mindfulness training may offer clinical benefits. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy (WCBCT); Boston, MA 2010.

Desrosiers A, Klemanski DH, NolenHoeksema S. Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. Behav Ther 2013; 44: 373-84.

Dobson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. J Rehab 2007; 8: 80-6. (Persian)

DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Gilbert P. Psychotherapy and counselling for depression. Third ed. London: SAGE Publications Ltd; 2007.

Golpour chamarkohi R, Mohammadamini Z. The efficacy of mindfulness based stress reduction on mindfulness and assertiveness of students with test anxiety. J School Psychol 2012; 1: 82-100. (Persian)

Goudarzi MA. The study on reliability and validity of beck hopelessness scale in a group of Shiraz University students. J Soc Sci Humanit Shiraz Univ 2002; 18: 27-39. (Persian)

Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, et al. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression : A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2010; 78: 169.

Holzel B, Lazar SW, Gard T, et al. How Does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. Perspect Psychol Sci 2011; 6: 537-59.

Kabat-Zinn J, Massion A, Kristeller J, et al. Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]

of anxiety disorders. Am J Psychiatry 1992; 149: 936-43.

Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte Publishing, 1990.

Kaviani H, Javaheri F, Boheiraei H. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness in decreasing negative automatic thoughts, dysfunction attitude, depression and anxiety: 60 day follow- up. Adv Cogn Sci 2005; 7: 49- 59. (Persian)

Kohls N, Sauer S, Walach H. Facets of mindfulness-results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. Pers Individ Dif 2009; 46: 224-30.

Mahram B. The normative of Spielberger anxiety test in Mashhad city [Master of science dissertation]. Tehran: Psychology College Allameh Tabatabaii University; 2000. (Persian)

McLEOD BD. Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment. Rothbaum BO, editor. New York: The Guilford Press, 2006.

Melyani M, Allahyari A, Azad-Fallah P, et al. Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on residual symptoms in recurrent depression. J Behav Sci 2013; 7: 17-8. (Persian)

Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, et al. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims. J Clin Psychol 2011; 2: 61- 71. (Persian)

Nilsson AKK, Jørgensen CR, Straarup KN, Licht RW. Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. Compr Psychiat. 2010; (51):489-91.

Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan H. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. [Rezaie F, trans]. 10th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2007. (Persian)

Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press, 2012.

Spielberger CD. Manual for the State–Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Mind Garden, 1983.

Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consul Clin Psychol 2000; 68: 615-23.

Tozandejani H. A Comparison of Selective Processing of Data on the Threat in Patients With Released AnixietyDisorder and PostTraumatic Stress Disorder. knowl Res Appl Psychol 2009; 0: 15- 32. (Persian)

Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, et al. Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. Ann Gen Psychiatry. 2010; 9: 16.

Watkins ER. Depressive rumination: Investigating mechanisms to improve cognitive behavioural treatments. Cogn Behav Ther 2009; 38: 8-14.

Way BM, Creswll JD, Eisenberger NI, et al. Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest. Emotion 2010; 10: 12-24.

Williams JM. Mindfulness, depression and modes of mind. Cogn Ther Res 2008; 32: 721- 33.

Wong SY, Mak WW, Cheung EY, et al. A randomized, controlled clinical trial: The effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. BMC Psychiatry 2011; 11: 187.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.4.1.6]