Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 5/ 2018
Page: 53-68

The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people With depression symptoms

Mitra Goudarzi[1], Neda Ghasemi[2], Fazlollah Mirderikvand[3], Simin GholamreZaei[4]
1- Ph.D. student , Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. ORCID: 0000-0003-2914-895x
2- Ph.D. student , Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. ORCID: 0000-0002-5863-8133
3- Associate Professor, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. ORCID: 0000-0002-6994-024x E-mail: mirfazlolah@yahoo.com
4- Assistant professor, Psychology Department, Lorestan University, Khoram Abad, Iran. ORCID: 0000-0002-0489-3155

Received: 01/09/2018 **Accepted:** 19/11/2018

Abstract

Introduction: Depression is recognized as one of the most common disabling and recurrent disorders with changes in emotional, cognitive, and neurobiological functions over a two-weekperiod.
Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people with depression symptoms.
Method: The research method was semi-experimental with control and experimental group as pre-test and post-test. 30 students with depression symptoms were selected using purposeful sampling. They were randomly assigned to control and experimental groups. The experimental group received 8 sessions of cognitive therapy based on mind-awareness while the control group received no training at al. Beck Depression Inventory, Acceptance and Practice Questionnaire-II (AAQ-II), Positive and Negative Affect Scale, and Five-Point Mindfulness Questionnaire were used for data collection.
Results: The results showed that cognitive therapy based on Mindfulness increases the scores of the experimental group in the positive affection, psychological flexibility and component of mindfulness and decreased levels of negative affect.
Conclusion: cognitive therapy based on Mindfulness is effective to enhance positive affec, psychological flexibility and mindfulness components.
Keywords: Cognitive therapy based on mindfulness, Positive affect, Psychological flexibility, Mindfulness components, Depression

How to cite this article : Mirderikvand F, Ghasemi N, Goudarzi M. The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind awareness components of people With depression symptoms. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5 (5): 53-68 .URL :http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-514-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره ۵، ۱۳۹۷
صفحات: ۶۸-۵۳

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی

میترا گودرزی[۱]، نداقاسمی[۲]، فضل اله میردریکوند[۳]، سیمین غلامرضایی[۴]

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.
۳.دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. ایمیل: ghasemi_neda2003@yahoo.com
۴. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۱۰ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۰۸/۲۸

چکیده

مقدمه: افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات ناتوان ساز و عودکننده با تغییرات در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی- زیستی در طی یک دوره دوهفته‌ای مشخص می‌شود.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی افراد دارای علائم افسردگی انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه تجربی همراه با گروه کنترل و آزمایش به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. ۳۰ نفر از دانشجویان دارای علائم افسردگی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای ذهن‌آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی بک، پذیرش و عمل- نسخه دوم (AAQ-II)، تجارب عاطفی مثبت و منفی و پرسشنامۀ پنج عاملی ذهن‌آگاهی بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی تأثیر معناداری بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی دارد.

نتیجه‌گیری: درمان ذهن‌آگاهی جهت افزایش عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان شناختی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی افراد افسرده از اثربخشی لازم برخوردار است.

کلید واژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، انعطاف پذیری روان‌شناختی، مهارت‌های ذهن آگاهی، افسردگی

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

مقدمه

افسردگی[1] به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات ناتوان ساز و عود کننده (آریانا کیا، مرادی و حاتمی، ۱۳۹۳؛ ویرسینگ، شمس‌الدین، گاربر، هولون، کلارک و همکاران[2]، ۲۰۱۶) با تغییرات آشکاری در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی- زیستی که در طی یک دوره دو هفته‌ای بروز می‌کند و ضمن آن خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد، مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ بارلو[3]، ۲۰۱۳) که تأثیرات متعددی بر ابعاد مختلف زندگی دارد (عباس پور، پورسردار، کرایی و خسروانی، ۱۳۹۴؛ مارتینسن، کندال، استارک و نیومر[4]، ۲۰۱۶). تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (لوینسون[5]، ۲۰۰۶). افسردگی می‌تواند عامل پیش‌رونده‌ای برای سایر اختلالات و اختلالات مرتبط با خطر خودکشی (استودارد و همکاران، ۲۰۱۶؛ به نقل از مارتینسن و همکاران، ۲۰۱۶)، مشکلات اجتماعی، وقایع منفی زندگی و سوءمصرف مواد باشد (چرخنده، ابوطالب و جان هانت، ۲۰۱۶).

یکی از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با افسردگی عاطفه مثبت و منفی[6] است. عاطفه مثبت، میزان شور و شوق به زندگی و احساس هوشیاری فعالیت را در بر دارد و عاطفه منفی یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ذهنی ناخوشایند است که با حالات خلقی ناخوشایند، از جمله خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبانیت همراه است (نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احمدی، ۱۳۹۱). عواطف منفی از جمله ترس، اضطراب، غمگینی، افسردگی، خشم و خصومت بخشی از سیستم رفتاری بازدارنده هستند که هدف اصلی آن بازداری از رفتارهایی است که به پیامدهای ناخوشایند منجر می‌شوند. عواطف مثبت شامل لذت، علاقه، اعتماد و هشیاری نیز بخشی از سیستم رفتاری تسهیلی هستند که ارگانسیم را به سمت محرک‌های لذت بخش هدایت می‌کنند (باستان، یزدی و زهرایی، ۱۳۹۵). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که عاطفه منفی با تنیدگی و مقابله ضعیف، شکایات مرتبط با سلامت، فراوانی رویدادهای ناخوشایند و عاطفه مثبت با فعالیت و رضایت اجتماعی و نیز فراوانی رویدادهای خوش‌آیند مرتبط می‌باشند و نقش بسیار مهمی در بهبود افراد از فشار روانی بازی می‌کند (زواترا[7]، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از ویژگی‌های افراد افسرده فقدان انعطاف پذیری در زمینه‌های مختلف است (علیزاده، حاجی یوسفی ففرورشی و ذوقی، ۱۳۹۴). انعطاف پذیری روان شناختی[8] به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود حضور رویدادهای روان‌شناختی چالش انگیز یا ناخواسته (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس[9]، ۲۰۰۶) و توانایی فرد برای ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک انسان هوشیار و توانایی او برای تغییر یا ادامه رفتار در جهت ارزش‌هایش تعریف شده است (هیز و استروسال[10]، ۲۰۱۰).

[1] depression
[2] Weersing, Shamseddeen, Garber, Hollon, Clarke, Beardslee et al
[3] Barlow
[4] Martinsen, Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer
[5] Levinson
[6] Positive and negative affect
[7] Zautra
[8] Psychological flwxebility
[9] Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis
[10] Strosahl

تحقیقات نشان داده‌اند که انعطاف پذیری روان‌شناختی در فهم تنوع گسترده‌ای از مشکلات و علائم روان‌شناختی نقش بسزایی دارد (ایمانی، کریمی، بهبهانی و امیدی، ۱۳۹۵). رابطه‌ی مثبت بین اجتناب تجربی/ انعطاف ناپذیری روان‌شناختی با دامنه‌ای گسترده از مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، گذر هراسی، فوبی خون، اختلال موکنی، تنش‌های شغلی، سوء مصرف مواد و نگرانی) در پژوهش‌ها نشان داده شده است (فلدرز، بهلمجر و پیترز[1]، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی[2] از دیگر متغیرهایی است که با افسردگی رابطه دارد (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴). ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه‌ی کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (والش، بالانت، اسمولیرا، فردریکسن و مادسن[3]، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالاتر ذهن آگاهی با سطوح پایین تر نشخوار فکری، اجتناب، کمال گرایی و خود راهنمایی ناسازگارانه (ویلیامز[4]، ۲۰۰۸) و سطوح پایین ابعاد افسردگی و اضطراب رابطه دارد (دسروسیرز، کلمانسکی و نولن هکسما[5]، ۲۰۱۳؛ وانگ، وانگ، ماک و چیونگ[6]، ۲۰۱۱، هافمن، ساویر و ویت[7]، ۲۰۱۰؛ علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴). ذهن آگاهی آگاهی باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی و کاهش افسردگی و خشم می‌شود (کیویت، ویسر، گارسن و هودیگ[8]، ۲۰۰۸) و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های کوتاه مدت و درازمدت خلق افسرده دارد (گودفرین و وانهرنیگن[9]، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد که بیماران افسرده توانایی لذت بردن از زمان حال را ندارند و درگذشته یا آینده به سر می‌برند. به منظور کمک به این گونه بیماران می‌توان از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمود (اسمعیلی زاده آخوندی، محمدعلیزاده نمینی، ۱۳۹۵).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) از جمله درمان‌های موسوم به موج سوم رفتاردرمانی است که در ابتدا به منظور پیشگیری از عود افسردگی توسط ویلیامز، سگال و تیزدل (۲۰۰۲) معرفی شد و جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند که هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع مجدد بیماری جلوگیری کنند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل[10]، ۲۰۰۶).

نتایج تحقیقات اثربخشی ذهن آگاهی بر بهبود خلق و کاهش افسردگی (زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید، گولکاسیان[11]، ۲۰۱۲)، اضطراب، سازگاری روان شناختی، استرس و عزت نفس (بوهلمیجر، پرنگر، تال و کویجپر[12]، ۲۰۱۲؛ ایوانز، فراندو، فیلندر، استول، اسمارت و هاگلین[13]، ۲۰۰۸؛ گلدین[14] و گراس، ۲۰۱۰؛ کاویانی و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویلیامز و پنمن،۲۰۱۲)، بهبود کیفیت زندگی (دیدیدسون،

[1] Fledderus, Bohlmeijer, & Pieterse
[2] Minfulness
[3] Walsh, Baliant, Smolira & Madsen
[4] Williams
[5] Desrosiers, Klemanski, NolenHoeksema
[6] Wong, Mak, Cheung
[7] Hofmann, Sawyer, Witt
[8] Kieviet-Stijnen, Visser, Garssen, Hudig
[9] Godfrin, van Heeringen
[10] Segal, Williams, Teasdale
[11] Zeidan, Johnson, Diamond, David, Goolkasian
[12] Bohlmeijer, Prenger, Taal, Cuijpers
[13] Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, Haglin
[14] Goldin, Gross

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

کابات زین، شاونچر، روزنکراس، مولر و سانترولی[1]، ۲۰۰۳)، درمان افسردگی و مؤلفه‌های مرتبط با آن از جمله خلق منفی، افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودکشی (آذرگون، کجباف، مولوی و عابدی، ۱۳۸۶) در افراد افسرده را نشان داده است.

بر اساس بررسی‌های صورت گرفته توسط محقق، پیشینه پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی حاکی از قابلیت توسعه گروهی، انطباق فرهنگی، ماندگاری اثر نسبت به سایر روش‌ها، مقرون به صرفه بودن از لحاظ اقتصادی و نهایتاً مناسب برای گروه‌های آسیب پذیر است. از آنجا که تاکنون پژوهشی که رویکرد ذهن آگاهی را در حوزه‌ی ارتقای ابعاد مثبت روان شناختی مبتلایان به اختلال افسردگی و بخصوص در حوزه‌های عواطف مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی به کار گرفته باشد، انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عواطف مثبت، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی دانشجویان دارای علائم اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه تجربی همراه با گمارش تصادفی و گروه کنترل و نیز پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دارای علائم افسردگی دانشگاه لرستان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دختر دارای علائم افسردگی بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب‌شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به گروه‌ها عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۸ تا ۳۲ سال، جنسیت دختر، داشتن علائم اختلال افسردگی بر اساس مصاحبه تشخیصی و مقیاس افسردگی بک، نداشتن مشکلات جسمانی و بیماری روانی شدید از قبیل اختلالات شخصیت و اختلال تشخیص داده‌شده بالینی بر اساس مصاحبه تشخیصی و عدم دریافت هرگونه مداخله دارویی و روانی دیگر حین انجام پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: نقض هرکدام از ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص اختلال جسمانی یا روانی در حین اجرای پژوهش، شرکت نکردن در دو یا بیشتر از دو جلسه از جلسات درمان و نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های پذیرش و عمل- نسخه دوم (AAQ-II)، مقیاس تجارب عاطفی مثبت و منفی اسپین و پرسشنامهٔ پنج عاملی ذهن آگاهی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر اساس جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۲۲ و روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خلاصه اهداف و محتوای جلسات درمانی در زیر آمده است. سطح معناداری آماری در کلیه تحلیل‌ها ($p<۰/۰۵$) در نظر گرفته شد.

[1] Davidson, Kabat-zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

جدول ۱. خلاصه‌ی محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT[1])

جلسه	اهداف و محتوای جلسات
اول	آشنایی و معارفه؛ آشنایی با تشخیص و علائم افسردگی، معرفی مؤلفه‌های پژوهش؛ معرفی درمان و شرح مختصری از ۸ جلسه. انجام مدیتیشن‌های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها. تکلیف خانگی: پیاده کردن آنچه در خوردن یک‌دانه کشمش آموخته‌اند در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف.
دوم	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ بررسی و بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه‌ی ذهن آگاهی برای آن؛ بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره.
سوم	تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ بحث در مورد تکالیف خانگی، تمرین سه‌دقیقه‌ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه‌ی انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه؛ تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.
چهارم	مدیتیشن نشسته با توجه به تنفس، صدای بدن و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی)؛ بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن آگاه؛ تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای انجام مدیتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
پنجم	تمرین فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای؛ بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ارائه‌ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۱ ساعت، پی‌درپی ارائه شد؛ تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
ششم	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام‌یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام‌یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به‌اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ فضای تنفسی سه دقیقه ای؛ تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید.
هفتم	بحث در رابطه با تکلیف جلسه قبل، مرور مباحث گذشته و استفاده از آنچه تا کنون آزمودنی‌ها یاد گرفته‌اند، تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای؛ بحث در مورد روش‌های کنارآمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابلشان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان را ادامه دهند.
هشتم	آماده کردن آزمودنی‌ها جهت خاتمه دادن به درمان، جمع بندی جلسات، ارائه نکات تکمیلی و اجرای پس آزمون.

[1].Mindfulness-Based Cognitive Therapy

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

ابزار

سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم: پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک بود که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه از ۲۱ آیتم تشکیل شده که آزمودنی برای هرآیتم یکی از چهارگزینه‌ای را که نشان دهندهی شدت علامت افسردگی است را انتخاب مب کند. نمره گذاری سؤالات با طیف لیکرت و در دامنه صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) انجام می‌شود و نمره کل پرسشنامه در دامنه ای از صفرتا ۶۳ نوسان دارد. دابسون و محمدخانی (۲۰۰۷) ضریب آلفا ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آوردند. مطالعات انجام شده در مورد اعتبار پرسشنامه افسردگی بک ـ ویرایش دوم (BDI-II) در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. کاسپی و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه غیر بالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی[1] را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی[2] را در نمونه غیر بالینی ۰/۹۴؛ قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ به دست آوردند.

پرسش‌نامه پذیرش و عمل- نسخه دوم (AAQ-II): این پرسش‌نامه به وسیله بوند[3] و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است و یک نسخه‌ی ۱۰ ماده ای از پرسش نامه اصلی است (AAQ-I) که به وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسش‌نامه سازه ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف ناپذیری روان شناختی بر می‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی انعطاف پذیری روانی بیش تر است. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ی رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی باز آزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسش نامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت هم‌زمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه‌ی زیربنایی‌اش است. این ابزار هم‌چنین اعتبار تمییزی مناسبی را نشان می‌دهد (بوند و همکاران، ۲۰۰۷). عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) در پژوهشی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ گزارش کردند.

مقیاس تجارب عاطفی مثبت و منفی اسپین[4]: این مقیاس برای اولین بار توسط داینر، وایرتز، اویشی، پریتو[5] (۲۰۱۰) تدوین و اعتباریابی شده است و شامل ۱۲ گویه که ۶ گویه برای سنجش احساسات مثبت (۱، ۳، ۵، ۷، ۱۰، ۱۲) و ۶ گویه برای سنجش احساسات منفی (۲، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱) به صورت متناظر با طیف ۵ درجه ای لیکرت (۱=هرگز، ۲= بندرت، ۳=گاهی اوقات، ۴= اکثراً و ۵= همیشه) است. از آزمودنی خواسته می‌شود با توجه به تجارب عاطفی خود در چهار هفته گذشته به گویه ها پاسخ دهد. دامنه نمرات از ۶ تا ۳۰ برای هر قسمت است یعنی هر فرد در این مقیاس دو نمره کسب می‌کند، یک نمره برای عواطف مثبت و دیگری برای عواطف منفی. نمرات بالاتر (هر چه به ۳۰ نزدیک تر) نشان دهنده تجربه بیشتر عواطف مثبت یا منفی در فرد

[1] internal consistency
[2] test-retest
[3] Bond
[4] Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)
[5] Deiner, Wirtz. Tov, Oishi, Prieto

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

است. همچنین این مقیاس قابلیت نمره دهی به صورت تعادل میان دو عاطفه مثبت و منفی را نیز دارد بدین صورت که با تفریق نمره عواطف منفی از نمره عواطف مثبت محاسبه می‌شود و نتیجه نمره تفاضل می‌تواند بین ۲۴- (بدبختی) تا ۲۴+ (بالاترین تعادل عاطفی ممکن) متغیر باشد. نمرات بالاتر و نزدیک به ۲۴ نشان می‌دهد که فرد خیلی بندرت یا هرگز عواطف منفی را تجربه کرده است و اغلب یا همیشه عواطف مثبت را تجربه کرده است. داینر و همکاران (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ برای عواطف مثبت و منفی را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ محاسبه و همچنین همبستگی آن را با مقیاس عواطف پاناس برای عواطف مثبت و منفی به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۷۰ گزارش نموده‌اند. حسنی و نادی (۱۳۹۵) ضرایب آلفای کرونباخ این پرسش نامه را در پژوهشی برای عواطف مثبت ۰/۸۴ و برای عواطف منفی ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامۀ پنج عاملی ذهن آگاهی (بائر و همکاران، ۲۰۰۶): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی با ۳۹ جمله است که پنج عامل ذهن آگاهی را می‌سنجد: مشاهده (ماده‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶)، توصیف (ماده‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۷، ۳۲، ۳۷)، عمل با آگاهی (ماده‌های ۵، ۸، ۱۳، ۱۸،۲۳، ۲۸، ۳۴، ۳۸)، پذیرش بدون قضاوت در مورد تجارب درونی (ماده‌های ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۳۹) و عدم واکنش به تجارب درونی (ماده‌های ۴، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۹، ۳۳). نمره گذاری برخی از ماده‌ها در عوامل عدم قضاوت در مورد تجارب درونی و عمل با آگاهی به صورت معکوس است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ذهن آگاهی ۰/۹۰ گزارش شده است. نتایج پژوهش احمدوند و همکاران (۱۳۹۲) بیانگر اعتبار (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ و ۰/۵۵) و روایی (۰/۸) مناسب پرسشنامۀ پنج عاملی ذهن آگاهی در نمونه‌های غیربالینی ایرانی است. تمنایی فر و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی دامنۀ ضرایب اعتبار بازآزمایی مقیاس‌های پنج عاملی ذهن آگاهی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ گزارش کردند.

یافته‌ها

دامنه سنی مشارکت کنندگان در پژوهش از ۱۹ تا ۲۵ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش (۱/۷۲± ۲۱/۴۶) و میانگین سنی گروه کنترل (۱/۸۴ ± ۲۱/۵۳) سال بود. کلیه افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل مجرد بودند. از نظر تحصیلات بیشترین درصد آزمودنی‌ها در هر دو گروه در حد تحصیلات کارشناسی بودند. در هر گروه تعداد دو نفر از آزمودنی‌ها دانشجوی کارشناسی ارشد بودند. جدول ۲ یافته‌های توصیفی مؤلفه عواطف مثبت و منفی را برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان می‌دهند.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش در عواطف مثبت و منفی و انعطاف پذیری روان شناختی بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله	آزمایش	کنترل
		میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
عاطفه مثبت	پیش آزمون	۱۶/۶۶ (۲/۷۶)	۱۵/۴۶ (۴/۶۴)
	پس آزمون	۲۰/۳۳ (۲/۳۵)	۱۵/۳۳ (۳/۲۲)
عاطفه منفی	پیش آزمون	۲۰/۴۰ (۳/۰۱)	۲۰/۶۰ (۸/۲۸)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

	پس آزمون	۱۵/۳۳ (۲/۱۲)	۱۹/۲۰ (۲/۹۸)
انعطاف پذیری روان‌شناختی	پیش آزمون	۲۹/۶۶ (۶/۷۴)	۲۹/۳۳ (۵/۸۲)
	پس آزمون	۳۵ (۵/۳۳)	۲۹/۷۳ (۶/۳۷)

بر اساس نتایج جدول ۲ در هر دو مؤلفه عاطفه مثبت و منفی میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متفاوت است. جدول ۳ یافته‌های توصیفی متغیر ذهن آگاهی و مؤلفه‌های آن را برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می‌دهند.

جدول ۳ یافته‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش در مؤلفه‌های ذهن آگاهی بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

مؤلفه	مرحله	آزمایش کنترل	
		میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
مشاهده	پیش آزمون	۱۶/۰۶ (۴/۹۷)	۱۹/۶۰ (۳/۶۶)
	پس آزمون	۲۰/۹۳ (۳/۰۳)	۱۹/۶۰ (۳/۹۶)
توصیف	پیش آزمون	۱۳/۵۳ (۴/۰۸)	۱۵/۸۶ (۲/۷۴)
	پس آزمون	۱۷ (۳/۶۴)	۱۵/۴۰ (۳/۱۱)
عمل همراه با آگاهی	پیش آزمون	۱۸/۲۶ (۴/۳۰)	۱۸/۰۶ (۴/۴۳)
	پس آزمون	۲۰ (۴/۴۷)	۱۸/۹۳ (۴/۷۴)
عدم قضاوت	پیش آزمون	۱۴/۸۰ (۴/۶۴)	۱۵/۷۳ (۴/۷۴)
	پس آزمون	۲۰/۲۰ (۳/۱۸)	۱۶/۹۳ (۴/۴۷)
عدم واکنش	پیش آزمون	۱۷/۰۶ (۲/۴۹)	۱۸/۵۳ (۲/۲۹)
	پس آزمون	۲۰/۳۳ (۲/۹۹)	۱۸/۴۶ (۲/۱۳)

با توجه به نتایج جدول ۳ میانگین نمرات مؤلفه‌های ذهن آگاهی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییرات قابل ملاحظه ای داشته است. جهت بررسی این تفاوت‌ها و ارزیابی دقیق تر نتایج درمانی از روش آماری تحلیل کورایانس استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه ای از پیش فرض‌ها می‌باشد. همان گونه که اشاره گردید گمارش آزمودنی‌ها به گروه‌های پژوهش به صورت تصادفی انجام شده است. همچنین با توجه به استفاده از ابزارهای استاندارد جهت ارزیابی متغیرهای وابسته، پیش فرض فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرهای وابسته رعایت شده است. از سوی دیگر حجم دو گروه آزمایش و کنترل در این پژوهش مساوی با ۱۵ نفر بوده است که حجمی مساوی را نشان می‌دهد. گمارش تصادفی معمولاً با نرمال بودن توزیع همراه است و نیازی به ارزیابی مستقل ندارد (مولوی، ۱۳۸۶)؛ اما جهت حصول اطمینان از توضیح نرمال داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توضیح داده‌ها و آزمون لوین جهت تساوی واریانس نمرات استفاده شد و پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید گردید. جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس جند متغیری را در رابطه با اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عواطف مثبت و منفی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوورایانس چند متغیری جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در نمرات پس آزمون عاطفه مثبت و منفی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عضویت گروهی	عاطفه منفی	۱۲۷/۷۲۰	۱	۱۲۷/۷۲۰	۲۰/۱۵۷	۰/۰۰۰	۰/۴۵۶	۰/۹۹۰
	عاطفه مثبت	۱۴۹/۸۲۷	۱	۱۴۹/۸۲۷	۲۵/۱۲۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱۱	۰/۹۹۸
خطا	عاطفه منفی	۱۵۲/۰۷۲	۲۴	۶/۳۳۶				
	عاطفه مثبت	۱۴۳/۱۳۹	۲۴	۵/۹۶۴				
کل	عاطفه منفی	۹۲۴۴	۳۰					
	عاطفه مثبت	۹۹۵۱	۳۰					

بر اساس یافته‌های جدول ۴، تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون عاطفه مثبت و منفی مشاهده می‌شود و افراد گروه آزمایش به نسبت نمرات پیش آزمون، میانگین نمرات بیشتری در پس آزمون عاطفه مثبت و میانگین نمرات کمتری در پس‌آزمون عاطفه منفی کسب کرده‌اند. همچنین بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در هر دو مؤلفه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ($p<0/05$). اندازه اثر ۴۵٪ نشان می‌دهد که ۰/۴۵ از تفاوت‌ها در متغیر وابسته عاطفه منفی در مرحله پس‌آزمون ناشی از عضویت گروهی است، به عبارتی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ۴۵ درصدی عاطفه منفی افراد دارای علائم افسردگی شده است. در رابطه با مؤلفه عاطفه مثبت نیز اندازه اثر ۵۱٪ نشان می‌دهد که ۰/۵۱ از تفاوت‌ها در متغیر وابسته عاطفه مثبت در مرحله پس‌آزمون ناشی از عضویت گروهی است. به عبارتی ارائه مداخله ذهن آگاهی باعث افزایش ۵۱ درصدی عاطفه مثبت آزمودنی‌های پژوهش شده است. توان آماری نزدیک به یک هم حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی فرضیه پژوهش است ($p<0/05$). جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس تک متنغیری را در رابطه با اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر انعطاف پذیری روان شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان انعطاف پذیری روان شناختی آزمودنی‌های پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	*Df*	*میانگین مجذورات*	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۲۰۴/۷۹۷	۱	۲۰۴/۷۹۷	۶/۸۸۹	۰/۰۱۵	۰/۲۱۶	۰/۷۱۳
گروه	۱۹۴/۰۷۲	۱	۱۹۴/۰۷۲	۶/۵۲۸	۰/۰۱۷	۰/۲۰۷	۰/۶۹۰
خطا	۷۴۳/۱۸۷	۲۵	۲۹/۷۲۷				
کل	۳۲۶۰۳	۳۰					

با توجه به مندرجات جدول ۵ بین نمرات پس آزمون دو گروه در میزان انعطاف پذیری روان شناختی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. اندازه اثر ۲۰۷٪ نشان می‌دهد که ۰/۲۰ از تفاوت‌ها در متغیر وابسته انعطاف

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

پذیری روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون ناشی از عضویت گروهی است. به عبارتی ارائه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش ۲۰ درصدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آزمودنی‌های گروه آزمایش‌شده است ($p<0/05$). جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس چندم متغیری را در رابطه با اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی آزمودنی‌های پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در رابطه با اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی آزمودنی‌های پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مشاهده	۳۹/۴۴۰	۱	۳۹/۴۴۰	۵/۴۱۱	۰/۰۳۰	۰/۲۰۵	۰/۶۰۲
توصیف	۴۲/۴۰۶	۱	۴۲/۴۰۶	۱۳/۵۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲	۰/۹۳۹
عمل همراه با آگاهی	۲۳/۶۴۹	۱	۲۳/۶۴۹	۱/۹۵۰	۰/۱۷۷	۰/۰۸۵	۰/۲۶۶
عدم قضاوت	۵۴/۹۹۱	۱	۵۴/۹۹۱	۴/۲۸۰	۰/۰۵۱	۰/۱۶۹	۰/۵۰۶
عدم واکنش	۵۸/۹۳۵	۱	۵۸/۹۳۵	۲۲/۳۸۵	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶	۰/۹۹۵

بر اساس نتایج جدول ۶ تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های مشاهده، توصیف، عدم قضاوت و عدم واکنش وجود دارد. میزان اندازه اثر نشان می‌دهد که به ترتیب ۲۰، ۳۹، ۱۶ و ۵۱ و درصد از تغییرات نمرات مؤلفه‌های مشاهده، توصیف، عدم قضاوت و عدم واکنش در نتیجه عضویت گروهی است به‌عبارت‌دیگر مداخله آموزشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش ۲۰، ۳۹، ۱۶ و ۵۱ نمرات مؤلفه‌های مشاهده، توصیف، عدم قضاوت و عدم واکنش در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش شده است. در رابطه با مؤلفه عمل همراه با آگاهی نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مشاهده نمی‌شود ($p<0/05$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف‌پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش معنی‌دار سطوح عاطفه مثبت، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی و کاهش عاطفه منفی آزمودنی‌ها شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های نریمانی و همکاران، (۱۳۹۱) و پسندیده و ابوالمعالی (۱۳۹۵) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی و غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در یک لحظه‌ی خاص در محدوده‌ی توجه یک فرد قرار دارد و علاوه

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود و تأثیر ذهن آگاهی در افزایش عاطفه مثبت، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی و روان شناختی به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی تأمل پاسخ دهد با تفکر و تأمل پاسخ دهد و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره (زیدان و همکاران،۲۰۱۰) تواناتر سازد. مطالعات متعدد نمایانگر تأثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روان شناختی زیرا درنتیجه‌ی افزایش بهزیستی، اضطراب، افسردگی، عاطفه‌ی منفی و نشانه‌های روان‌شناختی کاهش یافته و عزت نفس، خوش‌بینی و عاطفه‌ی مثبت افزایش می‌یابد. در نتیجه می‌توان گفت که افزایش ذهن آگاهی با کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و عاطفه‌ی منفی و در نتیجه افزایش عاطفه مثبت، انعطاف پذیری روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی همراه است. آموزش ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی می‌شود.

همچنین از آنجائی که بخشی از مشکل انعطاف‌ناپذیری و عاطفه منفی افراد افسرده در عواملی چون عدم حضور ذهن آگاهانه در مکان و زمان نهفته است، لذا ارتقاء ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از خود انتقادی و افزایش عاطفه مثبت است. به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است (براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود (چامبرز، گولون و آلن، ۲۰۰۹) و این عوامل نیز به خودی خود می‌توانند باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش هیجانات ویژگی‌های مثبت روان شناختی شوند. لذا آموزش ذهن آگاهی در افراد افسرده با بهبود و ارتقای مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند در جهت افزایش عواطف مثبت آنان مؤثر باشد. عامل مشاهده در برگیرنده توجه به محرک‌های بیرونی و درونی مانند احساسات، شناخت‌ها، هیجان‌ها، صداها و بوها است. توصیف به نام‌گذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات مربوط می‌شود، عمل توأم با هوشیاری دربرگیرنده 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 (براون، ریان و کراسول، ۲۰۰۷). همه این عوامل می‌توانند به عنوان یک میانجی در سیر درمان و کاهش علائم منفی افسردگی کمک کنند و اثربخشی ذهن آگاهی در پژوهش حاضر می‌تواند به واسطه افزایش ذهن آگاهی سطوح عاطفه مثبت و انعطاف پذیری روان شناختی آزمودنی‌ها باشد.

در اصل، آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادتی واقع در موتور مرکزی[1] را از

[1] Central engine

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند؛ بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴). از این دیدگاه، شانس گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می‌یابد. در این شیوه، منابع حسی مانند الگوهای معنایی است و تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرحواره می‌شود. در حالت ایستاده، متین، بدون تحرک و با تنفس منظم و آهسته بودن، درواقع الگوهای حسی داخلی گیرنده‌های عضلانی و الگوی کلی رمزها در مدل ذهنی طرحوارهایی که مربوط به موقعیت سخت است را تغییر می‌دهند. در نتیجه، هنگامی که در ذهن آگاهی، توجه را متمرکز می‌کنیم، تغییر مدل طرحواره مشکل دار به اوج می‌رسد و تصلب به وجود آمده نرمش پیدا می‌کند (تیزدل و همکاران،۱۹۹۵؛ به نقل از علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان اینگونه استنباط کرد که ذهن آگاهی موجب توقف چرخه‌ی تجارب منفی درونی مانند نشانه‌های افسردگی و یا نشخوار گری یک رویداد در گذشته می‌شود؛ زیرا ذهن آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد و بدین ترتیب سازگاری روان‌شناختی خود را افزایش می‌دهد (کارداسیاتو[1]، ۲۰۰۵).

در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرینات و تکنیک‌های ذهن آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش انگیز از جمله حالت‌ها و موقعیت‌های هیجانی منفی، بدون واکنش به طور خودکار و عادت وار، طراحی شده است. افراد در نتیجه آموزش ذهن آگاهی، تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و لذا به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن که هر دو درد آور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند. در پژوهش حاضر سعی شد از طریق تمرینات آرمیدگی و تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی و بحث و گفتگو، مراجعه کنندگان با رویکردی غیر قضاوت گرانه حالت‌های عاطفی و هیجانی خود را مورد مشاهده قرار دهند و به آن‌ها آموزش داده شد تا به جای از مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و فیزیکی از تجربیات اجتناب کنند، این مؤلفه‌ها را مورد کندوکاو و پرسش قرار دهند. این موارد می‌تواند از علل تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های انعطاف پذیری روان شناختی، عاطفه مثبت و مؤلفه‌های ذهن آگاهی در پژوهش حاضر باشد.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه: نمونه پژوهش حاضر صرفاً دختران دارای علائم افسردگی دانشگاه لرستان بوده و در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و مردان و سایر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نبود دوره پیگیری بود که به‌واسطه محدودیت‌های زمانی امکان پیگیری بلندمدت وجود نداشت. در همین راستا و در راستای نتایج پژوهش حاضر به درمانگران و متخصصان حوزه افسردگی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی پژوهش حاضر

[1] Cardaciotto

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

با تعداد نمونه بیشتر و بر روی جامعه مردان دارای علائم افسردگی و در سایر نقاط کشور و سایر دامنه‌های سنی نیز اجرا کنند. همچنین به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود که در کار با افراد افسرده درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را به‌عنوان الگویی جهت افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مؤلفه‌های ذهن آگاهی به‌کارگیرند.

Refrences

Abbaspour, Z., Poursardar, F., Karayi, A, Khosravani Shayan, M. (2015). The Effectiveness of Family-Based Interpersonal Psychotherapy on Depression Symptoms in Adolescents, Family Psychology, 2 (2): 67-78. (In Persian).

Alizadeh A, Yousefi E, Farvareshi M, Zoghi M. (2015). Predict symptoms of depression based on cognitive flexibility, rumination and mindfulness in students. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry; 2 (1):15-29. (In Persian).

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 . Washington DC London, and England: Author.

Ariana-Kia, A.R, Moradi, M. Hatami. (2014). The Effectivness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. Journal of Clinical Psychology, 6 (1): 29-15. (In Persian).

Beyrami, M, Movahedi, Y, Alizadeh Gordal, J. (2015). Effectiveness of mindfulness therapy on cognition in reducing social anxiety and ineffective attitudes of adolescents, social cognition, 4 (1): 53-41. (In Persian).

Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. (2012). The effects of mindfulness-based stress reductiontherapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. J Psychosom Res. (68): 539-544.

Brown KW, Ryan RM. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol; 84(4):822-48.

Cardaciotto, L.A. (2005). *assessing mindfulness*: The develop of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance Doctoral dissertation. University of Drexel, USA.

Charkhandeh, M., Abu Talib, M., & Jane Hunt, C. (2016). The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy and an alternative medicine approach in reducing symptoms of depression in adolescents. Psychiatry Research, http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.044.

Davidson, R. J., Kabat-zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditiation. Psychosomatic Medicine, 65: 564-570.

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

Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. (22): 716-721.

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

Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: Issues and implications (invited review). Psychological Medicine, 36, 287–297.

Godfrin KA, van Heeringen C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. Behav Res Ther; 48(8):738-46.

Goldin PR, Gross JJ (2010). Effects of mindfulnessbased stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. (10): 83-91.

Hatam Khani, S. (2011). The Relationship between Mindfulness Skills, Psychological Flexibility and Psychopathology Symptoms, Master's Degree Dissertation, General Psychology, Tarbiat Modares University, Faculty of Humanities. (In Persian).

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J., (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 44: 1-25.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Bergan, J. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*(4), 553-578.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

Hayes, Steven C., Strosahl, Kirk D., & Wilson, Kelly G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindfulchange*. New York: Guilford Press.

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

Hosni, M, Nadi, M (2016). Psychometric properties of spin positive and negative emotional experiences scales in third grade high school students in Tehran, education and assessment, 9 (35): 124-105. (In Persian).

Imani M, Karimi J, Behbahani M, Omidi A. (2017). Role of mindfulness, psychological flexibility and integrative self-knowledge on psychological well-being among the university students. Feyz; 21 (2):170-177. (In Persian).

Kashdan, TB. Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psych Rev*, 30, 865-78.

Kaviani, H, Hatami, N., & Shafie abadi, A. (2008). The Effectiveness of Cognitive therapy based on Minfulness in quality of life of depressed people. New cognitive sciences. 4, 10: 39-48. (In Persian).

Kaviani, H,. Javaheri, F,. Bahriani, H. (2004). Effective cognitive therapy based on mind-consciousness in reducing their negative thoughts, ineffective attitude, depression and anxiety, 60-day follow-up, Journal of Cognitive Science, vol. 7, No. 1, 49-59. (In Persian).

Kieviet-Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig W. (2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: patients' appraisal and changes in well-being. Patient Educ Couns.; 72(3):436-42.

Levinson, DF. (2006). the genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, (60), 84-92.

Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the Trans diagnostic EMOTION program. Cognitive and Behavioral Practice, 23, 1-13.

Mohammadalizadeh Namini A, Esmaeilzadeh Akhoundi M. (2016). Comparing the components of mindfulness and emotional health in people with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry; 3 (4):12-26. (In Persian).

Narimani, M., Aryapouran,. S, Abolghasemi, S Ahadi, B. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims, Arak Medical University Journal (AMUJ). 15(61): 107-118. (In Persian).

Pasandideh, R. Abu al-Ma'ali, KH (2016). Effectiveness of cognitive therapy based on mind-awareness on increasing well-being, thought and behavior, 11 (41): 18-7. (In Persian).

Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., et al. (2015). Computerized therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. Behavior Research and Therapy, 67, 1-18

Rustaie, M. (2014). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Management Training on Depression, Anxiety and Depression in Girl Students, Thought and Behavior, 9 (37): 48-37. (In Persian).

Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression—a new approach to preventing relapse. Guilford Press; New York.

Sharifibastan F, Yazdi S, zahraei S. (2016). The Role of Cognitive Emotion Regulation and Positive and Negative Affect in Resiliency of Women with Breast Cancer. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN); 4 (2):38-49. (In Persian).

Tamanaiefar, Sh,.Asghamejad; A,. Mirzai; M, Soleimani, M. (2016). Psychometric Properties of the Five Factors of Mindfulness Knowledge, Developmental Psychology, 12 (47): 330-321. (In Persian).

Walsh, J., Baliant, MG. Smolira, SJDR. Fredericksen, LK. & Madsen, S. (2009). Predicting individual

Differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control, *Personality and Individual differences*, 46, 9499.

Weersing, V. R., Shamseddeen, W., Garber, J., Hollon, S. D., Clarke, G. N., Beardslee, W. R., et al. (2016). Prevention of depression in at-risk adolescents: Predictors and moderators of acute effects. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55, 219-226.

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

Wong SY, Mak WW, Cheung EY, et al. (2011). 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; 11: 187.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]

Zautra AJ, Hall JS, (2002). Editors. Handbook of Adult Resilience: Guilford Publications; 2012. 38. Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. Psychol Sci.13 (2):172-5.

Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. (2012). Mindfulness meditation improvescognition: Evidence of brief mental training. Conscious Cogn. (19): 597-605.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.5.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.53]