

Research Article

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based Compassion and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Students' Dysfunctional Attitude, Self-control and Mental Health

Ensiyeh Sadeghi¹, Ilnaz Sajjadian^{*2}, Mohammad Ali Nadi³

1.Ph. D Student of Educational Psychology. Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2.Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3.Associate Professor. Department of Educational Science. Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

This study aimed comparison of the effectiveness of mindfulness-based compassion and mindfulness-based cognitive therapy education on students' dysfunctional attitudes, self-control, and mental health. This study was a semi-experimental study with a pre-post-test and follow-up design with the control group. Forty-five students of Islamic Azad University, Chalus Branch, were selected through the convenience method and randomly replaced in two intervention groups (15 people) and one control group. (15 people). Participants in the intervention groups participated for eight weeks (90 minutes each session) in mindfulness-based compassion and mindfulness-based cognitive therapy. The control group did not receive any intervention during this period. All participants were assessed before, after, and one month after the interventions with Goldberg Health Questionnaires, Weizmann's & Beck's Dysfunctional Attitudes, and Tangeni Self-Control Scale. The collected data analyzed using the Repeated Measure of Variance. The results showed both intervention groups had a significant difference with the control group in the scores of dysfunctional attitude, mental health, and self-control. A comparison of mindfulness-based compassion and mindfulness-based cognitive therapy indicated no significance between the two groups' scores of dysfunctional attitude, mental health, and self-control in pre, post-test, and follow up stages. According to this study's findings, mindfulness, based cognitive therapy, and mindfulness-based compassion effectively improved dysfunctional attitudes, mental health, and self-control of students.

Keywords: dysfunctional attitudes, mindfulness-based cognitive therapy, mindfulness based compassion, mental health, self-control

*. i.sajjadian@khuisf.ac.ir

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش‌های

ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان

انسیه صادقی^۱، ایلناز سجادیان^۲، محمدعلی نادی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

sadeghy.ensiyeh1390@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

i.sajjadian@khuisf.ac.ir

۳. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

mnadi@khuisf.ac.ir

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان دانشجویان انجام شد. در این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه، تعداد ۴۵ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس به روش در دسترس، انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله به مدت هشت هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه) به صورت گروهی در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی شفقت‌محور شرکت کردند و گروه گواه در این بازه زمانی هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله با پرسشنامه‌های نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک، خودکنترلی تانجینی و سلامت عمومی گلدبرگ ارزیابی شدند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان دادند هر دو گروه مداخله نسبت به گروه گواه در نمرات افکار ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان تفاوت معناداری دارند. مقایسه دو گروه آموزش ذهن آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در نمرات افکار ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان تفاوت معناداری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان نداد. براساس یافته‌های مطالعه، آموزش ذهن آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد، خودکنترلی و بهبود سلامت روان دانشجویان اثربخش بوده‌اند.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی شفقت‌محور، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نگرش‌های ناکارآمد،

خودکنترلی و سلامت روان

مقدمه

ورود به دانشگاه به منزله یکی از مراحل مهم تحول زندگی یک فرد، اغلب با استرس همراه است. هنگام ورود به دانشگاه، نوجوانی که توانایی چندانی در اداره امور زندگی خود ندارد، با دوره‌ای مواجه می‌شود که انتظارات اطرافیان نسبت به او تغییر می‌کند و شخص در معرض مسئولیت‌ها و ارتباطات جدید قرار می‌گیرد. قرار گرفتن در چنین شرایطی، در سلامت روان و عملکرد برخی از دانشجویان تأثیرات ماندگاری برجای می‌گذارد (صالحی و آرخی، ۱۳۹۶).

نیز برخی مطالعات حاکی از روند روبه‌رشد مشکلات سلامت روان در دانشجویان است (پدریل، نیز، ریف، زولوفو ویلن، ۲۰۱۵). در ایران نتایج فراتحلیل علیزاده و حسینی (۱۳۹۲)، میزان شیوع چشمگیر مشکلات روانشناختی را در میان دانشجویان ایرانی، بین ۲۲/۸ تا ۵۲/۳ درصد نشان داد. براساس اطلاعات به‌دست‌آمده از موج سوم طرح ملی سیمای زندگی دانشجویی که بر نمونه‌ای نزدیک به ۹۳۰۰۰ نفر دانشجو در بیش از ۳۵۵ واحد دانشگاهی تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری انجام شد، مشخص شد حدود ۱۷ درصد دانشجویان ایران به خودکشی فکر می‌کنند (طارمیان، یعقوبی، پیروی و ظفر، ۱۳۹۷).

بک، یکی از عمده‌ترین بنیان‌گذاران رویکرد شناختی، معتقد است پایه و اساس مشکلات سلامت روان، نگرش‌های ناکارآمد است (بشیری، دهقان، سعیدی، محرابی، شفیعی و عباس‌زاده، ۱۳۹۶). نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی‌اند که فرد را مستعد آشفتگی روانی می‌کنند (کویی، ریف و گلوبوسکی، ۲۰۱۷). این باورها در اثر تجربه نسبت به

خود و جهان کسب و موجب می‌شوند افراد موقعیت‌های خاص را بیش‌ازحد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند (غریبی، جوانمردی و رستمی، ۱۳۹۶). این نگرش‌ها افکار ناکارآمد نامیده شده‌اند؛ زیرا این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و در مقابل تغییر مقاوم‌اند و ارزیابی درست و واقع‌بینانه‌ای از خود و آینده ندارند و دنیای پیرامون را دچار تحریف می‌کنند (بیرامی، موحدی و علیزاده گوردال، ۱۳۹۴). نگرش‌های ناکارآمد موجب احساس بی‌کنترلی و بدبینی در افراد می‌شوند. در مقابل، افراد کنترل‌کننده امور معمولاً خوش‌بینی بیشتری نشان می‌دهند و از سلامت روان بهتری برخوردارند (کوئین، سان، وانگ، لو، دانگ و سانگ، ۲۰۲۰). خودکنترلی با کنترل افکار، تسلط بر کارکردها و مدیریت زندگی بر افزایش سلامت روان اثر می‌گذارد. خودکنترلی توانایی کنترل امیال، رفتارها و عواطف شخص در مواجهه با تقاضاهای بیرونی تعریف شده است (شیخ‌الاسلامی، کیوی و اشرفی، ۱۳۹۴). در مطالعه تابان، نوراد، عبدالحی، یاسینی و صیدی (۱۳۹۱) نتایج بررسی ۷۶۴ دانشجو نشان‌دهنده خودکنترلی ضعیف و بسیار ضعیف در بین ۳۰ درصد از دانشجویان بود. برخی محققان معتقدند با افزایش خودکنترلی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد، سلامت روان بهبود می‌یابد (ویلسون، ویس و شاک، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انواع متغیرهای مرتبط با سلامت روانی تأثیر مثبت دارند (نگامخام، هلدن و اسمیت، ۲۰۱۹؛ بریدولت، آمانورمز، هارر، کارایولتکی، گیلبادی، یوکتینگ و ایبرت، ۲۰۱۹). شناخت درمانی

مبتنی بر ذهن آگاهی^۱، روش درمانی شناخته شده است که بر افزایش سلامت روان (یزدانی، اسمعیلی و نامداری، ۱۳۹۶؛ مک کنویلی، لويس، چامبرز و حاسد، ۲۰۱۹؛ واردی - زونا و واردی، ۲۰۲۰) و خودکنترلی (حاتمیان و قربانی، ۲۰۱۶) و در کاهش نگرش های ناکارآمد (خوش کردار و رئیس، ۲۰۲۰) اثر مثبت داشته است. همچنین، شفقت^۲ یکی از مهارت های به کار گرفته شده در ترکیب با مهارت های ذهن آگاهی برای رسیدن به ارتقای سلامت است (گیلبرت، ۲۰۰۹، نف، ۲۰۱۱).

درمان شفقت محور با ایجاد یا افزایش رابطه شفقت ورز به جای سرزنش کردن، محکوم کردن یا خودانتقادی به مراجعان کمک می شود (احمدپور دیزچی، زهراکار و کیامنش، ۱۳۹۶). نتایج مطالعات نشان می دهند آموزش شفقت ورزی موجب بهبود سلامت روان (ماک، وانگ، چان و لائو، ۲۰۱۹؛ افزایش خودکنترلی (مارتین، کنت و هوپول، ۲۰۱۹)، کاهش نگرش ناکارآمد (شفیعی، صادقی و محمدی، ۲۰۱۹؛ ترخان، ۱۳۹۷) و تنظیم هیجانات (کشاورز و خلعتبری، ۱۳۹۷) می شود؛ هرچند بسته درمانی ترکیب کننده درمان ذهن آگاهی و ذهن شفقت ورز یافت نشد، این دو روش به طور جداگانه در بهبود وضعیت متغیرهای مرتبط با سلامت روان دانشجویان نتایج موفقیت آمیزی داشته اند. مطالعاتی نیز وجود دارند که نشان می دهند بین اثربخشی درمان های ذهن آگاهی با شفقت ورزی در اثربخشی بر متغیرهای سلامت روان تفاوت معنادار وجود ندارد (جلالی، آقایی، طالبی و مظاهری، ۱۳۹۴؛ فروستادوتیر و دورجی، ۲۰۱۹؛ الکساندر، تاتوم، آث، تاکوس، ویتامور و فیدالو، ۲۰۱۲)؛ هرچند در برخی مطالعات دیگر، اثربخشی

متفاوتی برای درمان های مبتنی بر شفقت ورزی و ذهن آگاهی به دست آمده است (مکنزی، ابوت و کوکوسکی، ۲۰۱۸). طبق نظر کابات زین، ذهن آگاهی شامل مهارت های ماندن در لحظه، پذیرش، و زندگی آگاهانه است (کابات زین، ۲۰۰۳). شفقت ورزی نیز در برخی اصول مانند همدلی، پذیرش و قضاوت نکردن با ذهن آگاهی اشتراکاتی دارد (جوزیوویک، ۲۰۱۶). نظریه چندسطحی که نظام های متعامل شناختی (ICS)^۳ نام گذاری شده است، انعطاف پذیری و پذیرش را از اصول اساسی ذهن آگاهی می داند (برنارد و تیزدل، ۱۹۹۱). گیلبرت (۲۰۰۹) نیز پذیرش، همدلی و قضاوت نکردن و انتقاد از خود را مهارت های فرد خودشفقت ورز معرفی می کند. براساس نظریه نف، داشتن نگرش مشفقانه باعث متعادل شدن دیدگاه ذهنی فرد می شود که همان ذهن آگاهی خوانده می شود (نف، ۲۰۱۱). هرچند مبانی نظری دو رویکرد متفاوت است، مؤلفه های این دو روش درمانی با در نظر گرفتن اصول اساسی این دو رویکرد، همپوشانی دارد. رویکرد درمانی شفقت ورزی روش جدیدی است که در مطالعات اخیر به صورت نسبتاً محدود استفاده شده است. تلفیق نوع دوستی و شفقت ورزی با رویکرد موفق ذهن آگاهی می تواند فنون وسیع تر و متنوع تری برای بهبود سلامت روان مشاورین و بالینی گران قرار دهد. اهمیت این پژوهش در این است که مشکلات سلامت روان در دانشجویان می تواند آینده فردی و اجتماعی آنها را با خطر مواجه کند و سرمایه انسانی کشور را آسیب پذیر کند. نیز بیش از نیمی از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی چالوس غیربومی اند و این موضوع می تواند زمینه ای برای افزایش مشکلات سلامت روان در این دانشگاه ایجاد کند. طبق تحقیقات قبلی، دانشجویان غیربومی بیشتر در معرض مشکلات سلامت

¹ Mindfulness based cognitive therapy

² compassion

³ Interacting Cognitive Subsystems

روان‌اند (علوی و اصغری مقدم، ۱۳۹۸). همچنین پژوهش درباره تلفیق فنون و روش‌های درمانی در حال ظهور و مقایسه آن با درمان‌های شناخته‌شده و اثربخش در این زمینه ضروری است؛ بنابراین، مطالعه با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی بسته آموزشی ذهن آگاهی شفقت‌محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان دانشجویان صورت گرفت. فرضیه‌های زیر در این مطالعه آزموده شدند.

۱. اثربخشی ذهن آگاهی شفقت‌محور در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه بر نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان متفاوت است.
۲. اثربخشی ذهن آگاهی شفقت‌محور در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه بر خودکنترلی دانشجویان متفاوت است.
۳. اثربخشی ذهن آگاهی شفقت‌محور در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه بر سلامت روان دانشجویان متفاوت است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی و با طرح سه گروهی شامل یک گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یک گروه ذهن آگاهی شفقت‌محور و یک گروه گواه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳۰ روزه) بود. طرح این پژوهش با کد ۲۳۸۲۰۷۰۲۹۶۱۰۰۱ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس تصویب شده است. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس در بازه زمانی ۳ ماهه اول سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۲۱۴ نفر به روش دردسترس، انتخاب و ارزیابی شدند. از میان این دانشجویان، تعداد ۴۵ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی روانشناسی با دامنه سنی

۱۹-۲۶ سال انتخاب شدند و به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۵ نفر)، ذهن آگاهی شفقت‌محور (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. میانگین سنی دانشجویان شرکت‌کننده در تحقیق $23/4 \pm 3/2$ سال بود. تمام دانشجویان دختر بودند و در سطح کارشناسی تحصیل می‌کردند. معیارهای ورود شامل کسب نمره بالاتر از خط برش پرسشنامه سلامت گلدبرگ ($24 <$)، تمایل به شرکت و ادامه جلسات، سن ۱۸ الی ۳۰ سال، دانشجوی بودن، شرکت‌نداشتن در هیچ‌گونه درمان روانشناختی دیگر و معیارهای خروج شامل مصرف داروهای پایین‌آورنده هوشیاری، ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی هم‌زمان، غیبت بیش از دو جلسه، قطع بود. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و ارائه نتیجه در صورت درخواست شرکت‌کنندگان و ارائه آموزش به گروه گواه پس از اتمام درمان دوره پیگیری شرکت‌کنندگان، از دیگر شرایطی این پژوهش بود.

ابزار سنجش: وایزمن و بک، پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (DAS-26) را در سال ۱۹۷۸ طراحی کردند. پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است. دارای چهار زیر مقیاس موفقیت - کامل طلبی (سوالات ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) است. در این پرسشنامه، پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ گزینه‌ای به صورت لیکرت (۶-۰) مشخص می‌کند. نمره بالا نشان‌دهنده بالابودن

^۱ Weissman and Beck's Dysfunctional Attitude Scale

میزان افکار ناکارآمد است. طیف نمرات بین ۰-۱۵۶ قرار دارد. پرسشنامه، نمره معکوس ندارد. در مطالعه اولیه وایزمن و بک (۱۹۷۹) روایی سازه چهار عامل پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی، تأیید و ضریب پایایی معادل ۰/۸۰ گزارش شد. ابراهیمی و موسوی در ایران این پرسشنامه را اعتباریابی کردند و نتایج تحلیل عاملی چهار عامل با عناوین موفقیت - کمال طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی سازه پرسشنامه را تأیید کردند. ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۳ به دست آمد (ابراهیمی و موسوی، ۱۳۹۲). در مطالعه حاضر، ضریب پایایی برای نمره کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه خودکنترلی کوتاه تانجی، بامیستر و بون در سال ۲۰۰۴ ساخته شد؛ این پرسشنامه شامل ۱۳ عبارت با دو خرده مقیاس است. خرده مقیاس ها شامل خودکنترلی بازدارنده (سؤالات ۱-۷) و خودکنترلی اولیه (سؤالات ۸-۱۳) است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (هرگز = ۱ تا بسیار زیاد = ۵) مشخص شود. طیف نمرات این آزمون بین ۱۳ تا ۶۵ قرار دارد. نمرات بالاتر حاکی از خودمهارگری بیشتر است. درخور ذکر است برخی عبارات فرم کوتاه ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۷، ۵، ۴، ۳، ۲ مقیاس خودمهارگری به صورت معکوس نمره گذاری می شود. در مطالعه اولیه تانجی، بامیستر و بوم (۲۰۰۴)، روایی ملاکی پرسشنامه با بررسی همبستگی آن با فرم بلند، تأیید و ضریب پایایی معادل ۰/۷۸ گزارش شد. متخصصان در پژوهش احمدی جویباری، روایی صوری پرسشنامه را برای گروه دانش آموزان تأیید کردند و آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ برای این پرسشنامه به دست آمد (احمدی جویباری، ۱۳۹۶). در مطالعه حاضر، ضریب پایایی برای

نمره کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ معادل ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ):^۲ گلدبرگ و هیلیری در سال ۱۹۷۹ این پرسشنامه را طراحی کردند که دارای ۲۸ سؤال و ۴ زیرمقیاس شامل: ۱- علائم جسمانی ۲- علائم اضطرابی ۳- کارکرد اجتماعی ۴- علائم افسردگی است. هر زیرمقیاس ۷ سؤال را در بر می گیرد. پاسخ دهی به روش لیکرت در چهار گزینه (۳-۲-۱-۰) صورت می گیرد. دامنه نمرات بین ۰-۸۴ است. نمرات بالاتر نشانه وضعیت سلامتی بدتر است. خط برش پرسشنامه نمره ۲۴ است. فاقد نمره گذاری معکوس است. در مطالعه نائینیان، نیک آذین و شعیری (۱۳۹۳)، روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی به صورت چهار عاملی تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ، نمره کل و مؤلفه ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شد که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه بود. در مطالعه سهرابی و جعفری روشن (۱۳۹۵)، آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ به دست آمد. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی برای نمره کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: پس از گمارش تصادفی، شرکت کنندگان به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه با استفاده از پرسشنامه های نگرش های ناکارآمد و خودکنترلی آزمون شدند. سپس هر دو گروه مداخله به مدت هشت هفته در جلسات هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) شرکت کردند. گروه گواه در این مدت هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، هر سه گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری (۳۰ روز بعد) به پرسشنامه های نگرش های ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان پاسخ دادند. درمان شناختی مبتنی بر

^۲ Goldberg Health Questionnaire

^۱ Self-Control Scale

ذهن آگاهی، روش شناخته شده است که ساختار ارائه شده اند (جدول ۱ و ۲).
مشخص و تأیید شده دارد. محتوای جلسات دو روش

جدول ۱. ساختار جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی محمدخانی و خانی پور (۱۳۹۱)

جلسه قبل از شروع درمان
این جلسه با معارفه و ایجاد ارتباط با بیمار. آشنایی گروه با یکدیگر و خاطرنشان کردن رعایت رازداری و حریم خصوصی و ارائه پرسشنامه ها شروع می شود. پس از معرفی درمان و آشنا کردن بیماران با روند و ساختار درمان، بر لزوم انجام تکالیف تأکید شد و به سؤالات و ابهامات آنها در زمینه درمان پاسخ داده شد و بدین وسیله بیماران از لحاظ ذهنی آماده آغاز درمان شدند.
جلسه اول: در این جلسه در خصوص کارکرد خودکار ذهن، برچسب ها، قضاوت ها و عملکرد خودکار ذهن، گفتگو شد و بعد از تشریح اصول ذهن آگاهی، تمرین خوردن ذهن آگاهانه کشمش
جلسه دوم: شناسایی موانع ذهنی بودن در لحظه حال، تمرین برای رها کردن، بودن در زمان حال، تمرکز و توجه از طریق تنفس سه دقیقه ای
جلسه سوم: تنفس ذهن آگاهانه در مراقبه نشسته، تمرکز بر حواس شامل صداها، بوها، مزه ها، تصاویر
جلسه چهارم: بودن در لحظه حال و تمرین اسکن بدنی
جلسه پنجم: در این جلسه بر اهمیت پذیرش، قضاوت نکردن، ماندن در لحظه حال و رها کردن تأکید شد
جلسه ششم: پذیرش، مواجهه با افکار ناخوشایند، تأکید بر گذرآب بودن تجارب، احساسات و افکار و واقعی نبودن آنها، اسکن بدنی
جلسه هفتم: مرور فنون آموخته شده، تمرین انتخابی و طرح سؤال چگونه می توانم به بهترین نحو از خودم مراقبت کنم؟
جلسه هشتم: جمع بندی، مرور فنون آموخته شده، بازخورد، تأکید بر استفاده از آموخته ها

آمد. از میان استاندارد شاخص ۰/۷۹ بزرگ تر بود؛ بنابراین، تأیید شد. برای محاسبه ضریب اعتبار شبکه براساس دیدگاه گروه خبرگان، از ضریب اعتبار هولستی استفاده شده است که مقدار آن (۰/۸۹) به دست آمد؛ این نشان می دهد نتایج تحلیل مضمون به صورت شبکه نهایی مضامین از قابلیت اعتبار نسبتاً مناسبی برخوردار است. یک مطالعه اولیه با تعداد ۵ نفر از شرکت کنندگان برای تأیید اعتبار بیرونی انجام شد. نتایج بررسی اثربخشی مداخله بر متغیر خودکنترلی حاکی از تأیید اعتبار بیرونی آن بود ($P < ۰/۰۵$)، $F=۱۲۳/۱۴$. در زیر، محتوای جلسات اجرا شده آمده اند.

لازم به ذکر است درمان ذهن آگاهی شفقت محور برای نخستین بار برای این پژوهش، تهیه و تدوین شد. جلسات ذهن آگاهی شفقت محور به روش تحلیل مضمون آتراید - استرلینگ (۲۰۰۱) طراحی شد. فرآیند تحلیل مضمون به استخراج تعدادی مضامین منجر شد که پس از کدگذاری های اولیه، از بین ۱۸۹ منبع به کار گرفته شده، تعداد ۳۸ مضمون پایه نهایی به همراه ۱۱ مضمون سازمان دهنده مشخص شد. برای بررسی اعتباریابی شبکه مضامین ترسیم شد. براساس روایی محتوایی به صورت کیفی، دیدگاه موافق یا مخالف ۱۱ متخصص ارزیاب درباره میزان هماهنگی محتوای قالب مضامین مشخص شد و پس از آن، مقدار روایی محتوایی بر اساس این ارزیابی (۰/۸۳) به دست

جدول ۲. محتوی جلسات آموزش ذهن آگاهی شفقت محور تدوین شده

هفته اول	آشنایی، معرفی اعضا و روانشناس، بررسی اهداف، انتظارات گروه و محقق، ارائه چشم انداز جلسات، ارائه توضیح درخصوص ذهن آگاهی و شفقت و اهمیت و اثربخشی آن در سلامت، تمرین تنفس ذهن آگاهانه سه دقیقه ای. فضای تنفس ۳ دقیقه ای تکلیف خانگی: تمرین تنفس ذهن آگاهانه سه دقیقه ای؛ ثبت چند نمونه از نامهربانی با خود
هفته دوم	مرور جلسه قبلی و تکالیف خانگی جلسه با به اشتراک گذاشتن تجربیات شخصی درباره نامهربانی با خود آغاز شد. درخصوص شفقت و پذیرش خود بر اثرات آن بر سلامت جسمی و روانی و روابط بین فردی بحث شد. سپس تمرین واریسی بدنی صورت گرفت. واریسی بدنی جلسه با تمرین خوردن کشمش و ارائه تکالیف خانگی پایان یافت. تکلیف خانگی: ثبت وقایع مرتبط با پذیرش خود، تمرین واریسی بدنی
هفته سوم	مرور جلسه قبلی و تکالیف خانگی جلسه با به اشتراک گذاشتن تجربیات درباره تجربیات بخشش خود، شفقت به خود و مراقبت از خود آغاز شد. درخصوص اثرات بخشش خود، نحوه بخشش خود و مراقبت از خود بحث شد و بر اهمیت آگاهی بر اثرات نامهربانی با خود تأکید شد. مراقبه نشسته با تمرکز بر صدا و تنفس تمرین شد. تکلیف خانگی: ثبت وقایع مرتبط با پذیرش دیگران و همدلی، تمرین مراقبه نشسته روزانه ده دقیقه
هفته چهارم	مرور جلسه قبلی و تکالیف خانگی به اشتراک گذاشتن تجربه پذیرش و همدلی با دیگران. توضیح تفاوت همدلی و همدردی و همانندسازی، اهمیت همدلی با خود و دیگران و پذیرش خود و دیگران مراقبه دیدن/مراقبه شنیدن با تأکید بر قضاوت نکردن و بودن در لحظه، تمرین افکار و احساسات تکلیف خانگی: مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی بدون جهت گیری خاص)؛ ثبت وقایع عدم شفقت با خود و دیگران
هفته پنجم	مرور جلسه قبلی و تکالیف خانگی تمرین واریسی بدنی با تأکید بر پذیرش احساسات، تجربیات بدون قضاوت و بودن در لحظه
هفته ششم	مرور جلسه قبلی و تکالیف خانگی مراقبه نشسته تجسم افکار؛ راه رفتن ذهن آگاه؛ ثبت وقایع ناخوشایند تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای سه بار در هر روز در مواجهه با احساسات و هیجانات ناراحت کننده؛ راه رفتن ذهن آگاه.
هفته هفتم	مرور جلسه قبلی و تکالیف خانگی مراقبه نشسته؛ تمرین ثبت چند نمونه برای مراقبت از خود تکلیف خانگی: تمرین شفقت به خود و دیگران، تمرین مراقبه نشسته با تأکید بر بودن در اکنون
هفته هشتم	مرور جلسه قبلی و تکالیف خانگی واریسی بدنی. بحث و بررسی درخصوص جلسات گذشته و تغییرات و مهارت های اجرا شده در بین جلسات، پس خوراند (گرفتن پس خوراند کتبی از شرکت کنندگان درباره تجاربشان در کلاس). شیء یادآورنده

تحلیل واریانس اندازه های مکرر و سپس، آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده ها از طریق بسته نرم افزار آماری در علوم اجتماعی نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند.

با در تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها با آزمون شاپیرو ویلک، برابری واریانس های خطا با آزمون لوین و بررسی مفروضه کرویت داده ها با آزمون موچلی از

یافته‌ها

بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش $23/4 \pm 3/2$ سال بود. تمام دانشجویان دختر بودند و در سطح کارشناسی تحصیل می‌کردند. پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع داده‌ها در سرمایه عاطفی کلی و سه مؤلفه آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری نرمال است ($P > 0/05$). آزمون لوین نشان داد برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده است ($P > 0/05$). به‌منظور بررسی مفروضه کرویت، نتایج آزمون موجلی بررسی شدند و معنادار نبودن آن در سطح $0/05$ تأیید شد. سپس سه گروه در متغیرهای خودکترلی، سلامت روان و نگرش‌های ناکارآمد مقایسه شدند. نتیجه آزمون پیلای برای هر سه متغیر، معنادار بود ($P > 0/05$).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرها به تفکیک گروههای آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۲۳/۶۹	۱۲/۴۰	۱۱۵/۰۷	۱۰/۱۵	۱۱۲	۱۰/۱۵
	ذهن‌آگاهی شفقت‌محور	۱۲۷/۲۳	۸/۶۴	۱۱۲/۰۷	۱۰/۳۵	۱۰۸/۹۲	۱۰/۹۳
	گواه	۱۲۶/۰۰	۱۴/۵۹	۱۲۶/۶۴	۱۴/۶۰	۱۲۵/۵۷	۱۵/۰۴
خودکترلی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۸/۷۶	۵/۳۴	۳۷/۷۶	۳/۱۳	۴۰/۳۸	۳/۲۷
	ذهن‌آگاهی شفقت‌محور	۲۹/۰۷	۴/۵۱	۳۹/۳۸	۵/۷۰	۴۲/۶۹	۵/۶۱
	گواه	۲۹/۳۸	۵/۶۳	۲۹/۳۸	۵/۶۵	۲۹	۵/۷۰
سلامت روان	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۴۸/۳۸	۷/۴۶	۴۰/۶۱	۶/۷۰	۳۸/۱۵	۶/۵۳
	ذهن‌آگاهی شفقت‌محور	۴۷/۶۱	۵/۱۴	۳۹/۷۶	۷/۳۸	۳۸/۲۳	۷/۰۸
	گواه	۴۶/۳۵	۵/۰۶	۴۷/۶۴	۵/۶۹	۴۷/۲۸	۵/۳۴

آمده است (جدول ۳).

شاخص‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین و

انحراف معیار سه گروه در سه بازه زمانی اندازه‌گیری

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی در گروههای آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجدور اتا	توان آماری
نگرش‌های ناکارآمد	زمان	۱۲۳۱/۶۰	۲	۱۰۶۵/۸۰	۶۳/۰۲	*۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
	زمان × گروه	۱۴۲۷/۱۰	۴	۳۵۶/۷۷	۲۱/۰۹	*۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۸۹
خودکترلی	گروه	۲۶۹۲/۲۰	۲	۱۳۴۶/۱۰	۳/۱۸	*۰/۰۰۵	۰/۱۴	۱
	زمان	۱۴۷۴/۴۷	۱/۰۷	۱۳۶۸/۳۳	۱۴۷/۸۶	*۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱
	زمان × گروه	۱۳۴۵/۶۵	۲	۶۷۲/۸۲	۱۰/۰۹	*۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۷
سلامت روان	گروه	۸۰۳/۲۱	۲/۱۵	۳۷۲/۶۹	۴۰/۲۷	*۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
	زمان	۸۴۸/۶۲	۲	۴۲۴/۳۱	۶۱/۹۳	*۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	زمان × گروه	۶۱۲/۰۶	۴	۱۵۳/۰۱	۲۲/۳۳	*۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۷۹
	گروه	۶۷۸/۶۵	۲	۳۳۹/۳۲	۳/۲۱	*۰/۰۰۵	۰/۱۴	۱

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

نتایج مقایسه مراحل زمانی، تعامل زمان با گروه و گروهها در جدول (۴) آمده اند. معنی دار بودن اثر مراحل زمانی (پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری)، بدین معناست که بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات نگرش های ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان در دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، بین نمره های

مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در این گروهها تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p < 0/001$). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل در متغیرهای بررسی شده، نشان می دهد در مراحل پس آزمون و پیگیری، میانگین گروههای آزمایش نسبت به گروه گواه در نمرات نگرش های ناکارآمد و سلامت روان، کاهش و در نمره خودکنترلی افزایش داشته است.

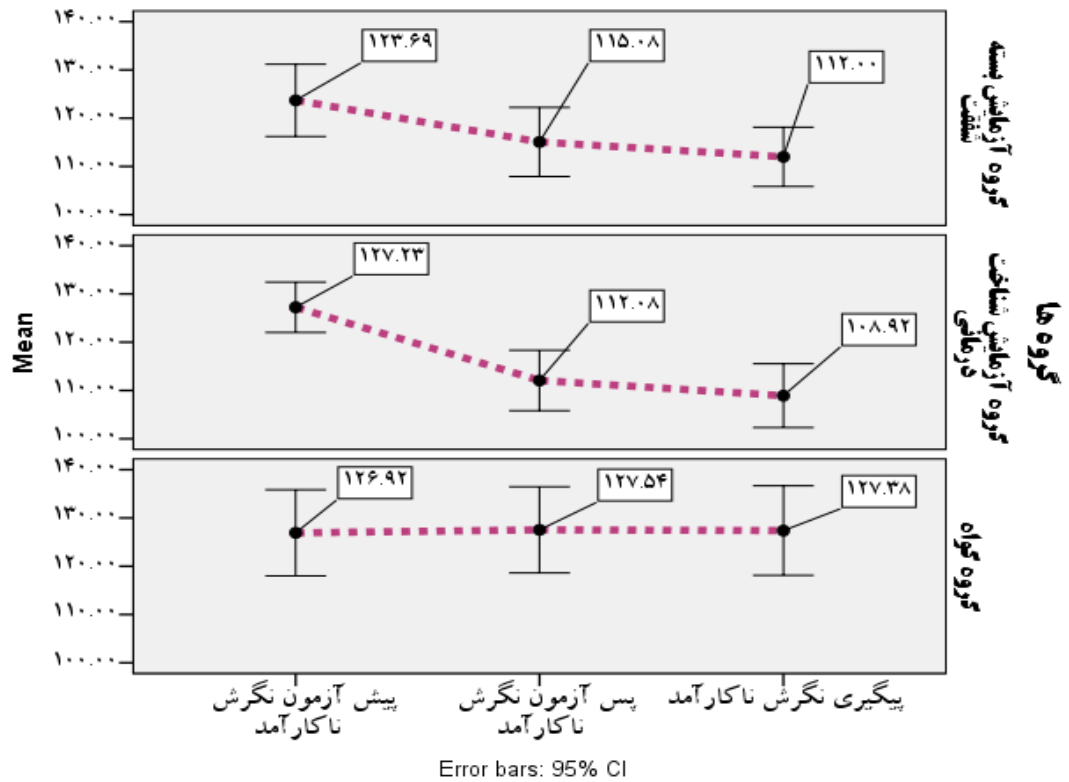
جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی بین گروهها

P	پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	تفاوت
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰۱	۱۰/۱۵	۱۱۲	۱۰/۱۵	۱۱/۰۷	۱۲/۴۰	۱۲/۶۹	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	نگرش های ناکارآمد
	۱۵/۰۴	۱۲/۵۷	۱۴/۶۰	۱۲/۶۴	۱۴/۵۹	۱۲/۰۰	گواه	
۰/۰۰۵	۱۰/۹۳	۱۰/۹۲	۱۰/۳۵	۱۱/۰۷	۸/۶۴	۱۲/۲۳	ذهن آگاهی شفقت محور	نگرش های ناکارآمد
	۱۵/۰۴	۱۲/۵۷	۱۴/۶۰	۱۲/۶۴	۱۴/۵۹	۱۲/۰۰	گواه	
۰/۷۸	۱۰/۹۳	۱۰/۹۲	۱۰/۳۵	۱۱/۰۷	۸/۶۴	۱۲/۲۳	ذهن آگاهی شفقت محور	نگرش های ناکارآمد
	۱۰/۱۵	۱۱۲	۱۰/۱۵	۱۱/۰۷	۱۲/۴۰	۱۲/۶۹	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۰۲	۶/۵۳	۳۸/۱۵	۶/۷۰	۴۰/۶۱	۷/۴۶	۴۸/۳۸	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	سلامت روان
	۵/۳۴	۴۷/۲۸	۵/۶۹	۴۷/۶۴	۵/۰۶	۴۶/۳۵	گواه	
۰/۰۰۱	۷/۰۸	۳۸/۲۳	۷/۳۸	۳۹/۷۶	۵/۱۴	۴۷/۶۱	ذهن آگاهی شفقت محور	سلامت روان
	۵/۳۴	۴۷/۲۸	۵/۶۹	۴۷/۶۴	۵/۰۶	۴۶/۳۵	گواه	
۰/۹۶	۷/۰۸	۳۸/۲۳	۷/۳۸	۳۹/۷۶	۵/۱۴	۴۷/۶۱	ذهن آگاهی شفقت محور	سلامت روان
	۶/۵۳	۳۸/۱۵	۶/۷۰	۴۰/۶۱	۷/۴۶	۴۸/۳۸	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	۳/۲۷	۴۰/۳۸	۳/۱۳	۳۷/۷۶	۵/۳۴	۲۸/۷۶	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	سلامت روان
	۵/۷۰	۲۹	۵/۶۵	۲۹/۳۸	۵/۶۳	۲۹/۳۸	گواه	
۰/۰۰۱	۵/۶۱	۴۲/۶۹	۵/۷۰	۳۹/۳۸	۴/۵۱	۲۹/۰۷	ذهن آگاهی شفقت محور	سلامت روان
	۵/۷۰	۲۹	۵/۶۵	۲۹/۳۸	۵/۶۳	۲۹/۳۸	گواه	
۰/۶۳	۵/۶۱	۴۲/۶۹	۵/۷۰	۳۹/۳۸	۴/۵۱	۲۹/۰۷	ذهن آگاهی شفقت محور	سلامت روان
	۳/۲۷	۴۰/۳۸	۳/۱۳	۳۷/۷۶	۵/۳۴	۲۸/۷۶	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	

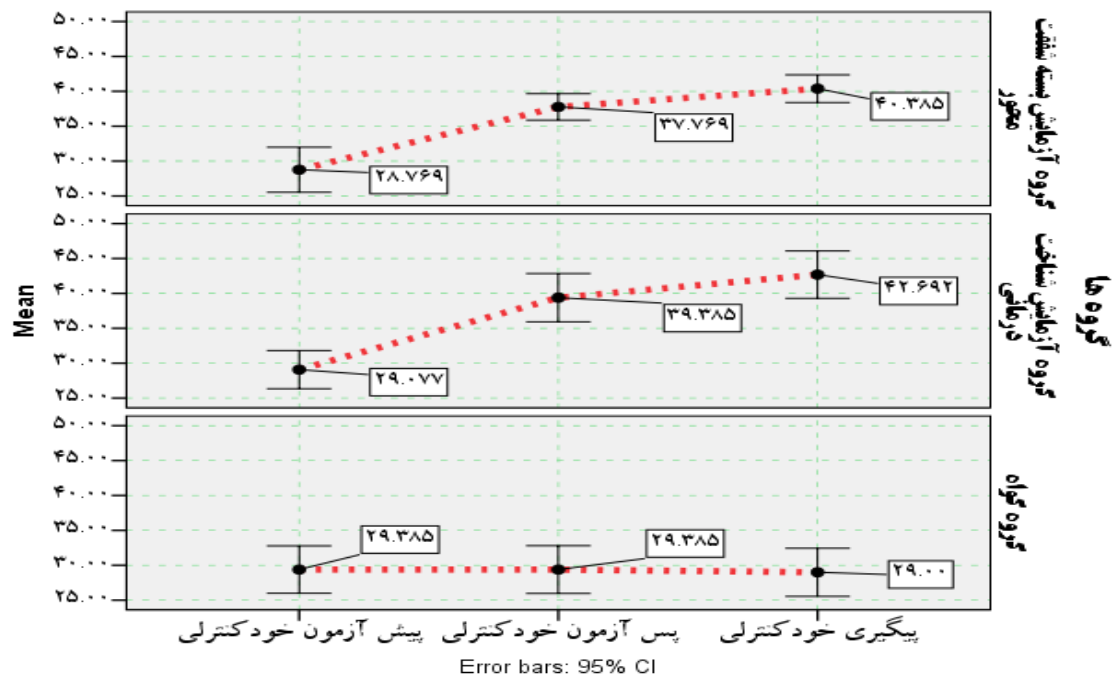
* $P < 0/05$, ** $P < 0/01$

($p > 0/05$). تفاوت دو گروه از نظر میزان اثربخشی بر متغیرهای تحقیق متفاوت نبود؛ هرچند تفاوت میانگین در گروه ذهن آگاهی شفقت محور بالاتر از گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود.

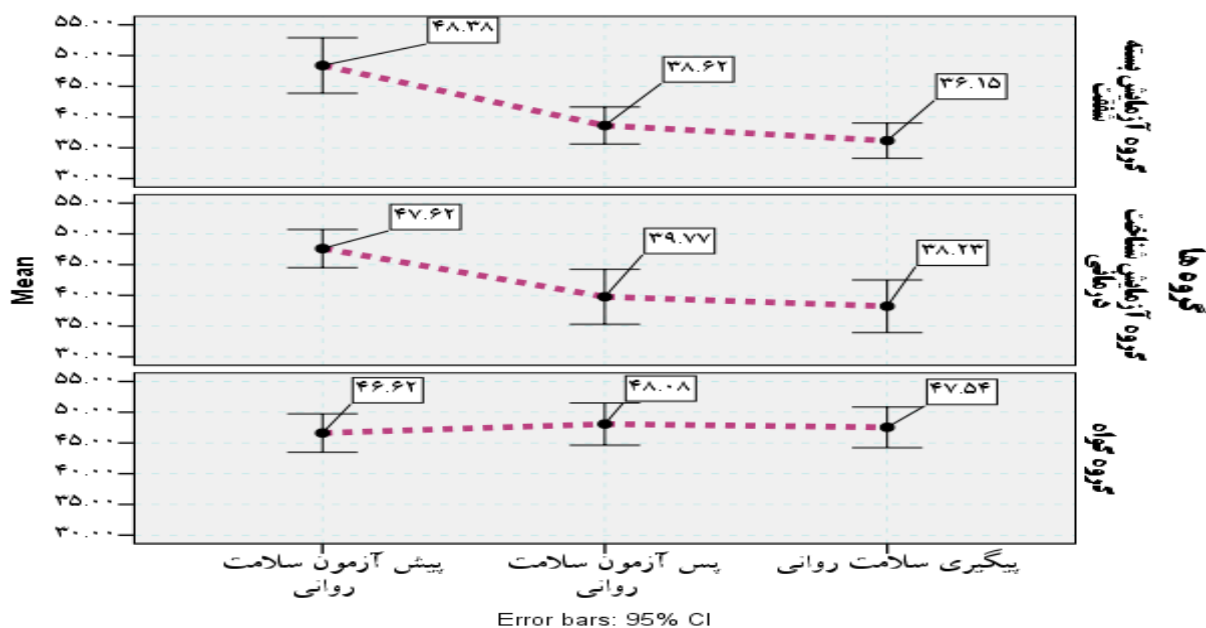
نتایج حاصل از آزمون تعقیبی در جدول (۵) نشان می دهند هر دو گروه ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش کاهش نگرش ناکارآمد و سلامت روان با گروه گواه در سه مرحله پیش - پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته اند



شکل ۱. توصیف متغیر نگرش‌های ناکارآمد در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس آزمون و پیگیری به همراه کران بالا و پایین در فاصله اطمینان ۹۵ درصد



شکل ۲. توصیف متغیر خودکنترلی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس آزمون و پیگیری به همراه کران بالا و پایین در فاصله اطمینان ۹۵ درصد



شکل ۳. توصیف متغیر سلامت روانی در گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس آزمون و پیگیری به همراه کران بالا و پایین در فاصله اطمینان ۹۵ درصد

بحث

این مطالعه با هدف تعیین مقایسه ای اثربخشی آموزش ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد، خود کنترلی و سلامت روان دانشجویان صورت گرفت. در این مطالعه، مشخص شد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد نقش مثبت دارد. شفيعی و همکاران (۲۰۱۹)، خوش کردار و رئیسی (۲۰۲۰) و ترخان (۱۳۹۷) نیز نتایج مشابهی همسو با یافته های مطالعه حاضر گزارش کرده اند. افراد افسرده و مضطرب با تفکر دائمی و نشخواری خود می خواهند مشکلات خود را حل کنند. درواقع افراد افسرده مسائل را به صورت درست پردازش نمی کنند و نتیجه به دست آمده از پردازش افکار نیز منطقی نخواهد بود که باعث به وجود آمدن احساسات و افکار منفی در فرد می شود. درمقابل، مهارت های ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی می تواند مانع از چرخه افکار منفی شود. در توجیه این یافته از نظریه شناختی بک بهره برده می شود. از نظر او، ابتدا مراجعان

باید از آنچه به آن فکر می کنند، آگاه شوند، در گام دوم، باید افکار غلط خود را شناسایی کنند و در ادامه، باید به آنها کمک کرد با جایگزین کردن افکار سازگارانه و دریافت بازخورد لازم بتوانند افکار خود را بازسازی کنند؛ بنابراین، با توجه به مراحل طی شده در جلسات، شامل شناسایی و آگاهی از افکار و جایگزین کردن، این یافته دور از انتظار نبود که شرکت کنندگان بتوانند نگرش های ناکارآمد خود را کاهش دهند.

در توجیه این یافته می توان گفت براساس نظریه نف، داشتن نگرش مشفقانه، تعادل شناختی و ذهنی فرد را افزایش می دهد. این توانایی معادل داشتن ذهن آگاهی بالا است. داشتن احساس شفقت ورزی موجب می شود احساسات منفی فرد درباره خودش کاهش پیدا کند. بخش ذهن آگاهانه این مؤلفه این است که شخص به جای پنهان کردن با بی اعتنا شدن به نواقص خود، آنها را به وضوح مشاهده کند و بپذیرد. شفقت ورزی از طریق پذیرش، به کاهش چالش های

فکری اشخاص کمک می‌کند. درواقع با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت، فرد شفقت‌ورز راههای جدیدی برای رویارویی با مسایل می‌یابد (نف، ۲۰۱۱). این فرآیند در طی جلسات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور با تلفیق فنون شفقت‌ورزی و ذهن‌آگاهی در هر جلسه صورت گرفت؛ بدین معنا که در هر جلسه در کنار یک تمرین ذهن‌آگاهی از تمرین شفقت‌ورزی نیز بهره برده شد. مجموع این جلسات موجب افزایش آگاهی از احساسات و پذیرش آنها می‌شد. یکی از ویژگی‌های اصلی نگرش‌های ناکارآمد، ناخودآگاه بودن آنهاست؛ به‌طوری‌که فرد معمولاً از چگونگی ایجاد این نگرش‌ها و تأثیر آن بر زندگی‌اش آگاه نیست. به نظر می‌رسد آگاهی از نگرش‌های ناکارآمد و واکنش‌نداشتن در مقابل آنها علاوه بر اینکه موجب افزایش خودآگاهی فرد می‌شود، مواجهه با این افکار و نگرش‌ها از قدرت آزاردهنده آنها می‌کاهد؛ زیرا فرد هنگام مواجهه دست به قضاوت نمی‌زند و واکنشی نشان نمی‌دهد و به‌مرور در زندگی روزمره نیز فرا می‌گیرد که در مقابل ناراحتی‌های خاص نگرش‌های ناخودآگاه و ناکارآمد، واکنش نشان ندهد و آشفته نشود.

میانگین نمرات متغیر خودکنترلی در مراحل پیش - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه تفاوت معنادار داشته است؛ بدین معنا که بسته آموزشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه گواه، معنادار بوده است. روش بسته آموزشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکنترلی دانشجویان تأثیر معنادار دارد؛ درحالی‌که بین میزان اثربخشی این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه الکساندر و همکاران (۲۰۱۲)

همسو بود؛ هرچند برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر نتایج مطالعه مکنزی و همکارانش (۲۰۱۸) نشان داد درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی، اثر بیشتری در تسلط بر افکار افراد افسرده دارند. در توجیه این تفاوت می‌توان گفت نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، دانشجویان با نمره بالای خط برش در پرسشنامه سلامت بودند و دچار افسردگی بالینی نبودند. نیز در مطالعه حاضر از فنون متفاوت و پرسشنامه‌های متفاوتی استفاده شده است.

ذهن‌آگاهی بالاتر با تکانشگری کمتر و توانایی بیشتر در کنترل هیجانی، همبستگی دارد. توانایی آگاهی از ذهن و زندگی ذهن آگاهانه با احساس تسلط بر خود و محیط در ارتباط است. انتظار می‌رود افرادی که می‌توانند در تنظیم هیجانات خود در لحظه، توانایی نشان دهند، بتوانند در کنترل خود نیز توانمندتر عمل کنند. این مهارت با تمرین قضاوت‌نکردن، رویارویی و پذیرش افکار ناخواسته ایجاد می‌شوند. توانایی کنترل و تنظیم هیجانات و احساسات، هسته مرکزی تمرینات ذهن‌آگاهی است. زمانی که این تمرینات در ترکیب با فنون شفقت، میزان خودانتقادی و دیگرانتقادی را کاهش دهند، فرد توانایی و جرأت بیشتری برای مواجهه با افکار و احساسات خود پیدا می‌کند و می‌تواند با استرس کمتری روی موضوع مشخصی تمرکز کند که این موجب افزایش کنترل فکر می‌شود. همچنین پذیرش افکار به سازماندهی افکار کمک می‌کند و سرکوب‌های ناخودآگاه کاهش پیدا می‌کند و انرژی کمتری صرف استرس‌ها با منشأ نامشخص می‌شود. در همین راستا افراد یاد می‌گیرند چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی و هیجانات و احساسات منفی خود ارتباط برقرار کنند و

این روش درمانی با ایجاد پذیرش از آسیب پذیری و حساسیت های غیرمنطقی در موقعیت های استرس زا می کاهد. در مجموع به نظر می رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی، خودکنترلی توجه باشد؛ زیرا متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس باعث افزایش توانایی کنترل توجه می شود.

با توجه به اینکه لحظه حال همیشه در حال تغییر است، ذهن آگاهی از زمان حال مستلزم این است که شرکت کنندگان، آگاهانه و پیوسته، توجه شان را بر هر آنچه در آن لحظه رخ می دهد، متمرکز نگه دارند؛ بدون اینکه این توجه با آنچه قبلاً در گذشته اتفاق افتاده است یا آنچه در آینده اتفاق خواهد افتاد، منحرف شود. در جلسات به شرکت کنندگان آموزش داده شد هر زمان که افکار و احساسات ظاهر شدند، از وقوع آنها آگاه شوند، با این افکار پریشان نشوند و سپس تمرکزشان را به لحظه حال برگردانند. تکرار مکرر این امر در طی تمرینات رسمی و غیررسمی در کلاس و خارج از کلاس، موجب تقویت توانایی در تنظیم و کنترل توجه شده است که از این توانایی به عنوان خودکنترلی نیز یاد می شود. همچنین بازسازی شناختی در طی جلسات با استفاده از فنون شناختی موجب شد افرادی که به دلیل توان نبودن در تنظیم افکار و هیجانات خود احساس سردرگمی می کردند، توانایی کنترل بیشتری گزارش کنند.

یافته دیگر مطالعه این بود که آموزش ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان دانشجویان اثربخش بوده است؛ بدین معنا که بسته آموزشی ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه دارای اثر معنادار بوده است. مک کنویل و همکاران (۲۰۱۹) همسو با یافته های مطالعه حاضر به این نتیجه رسیدند که درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی در

بهبود سلامت روان دانشجویان اثر مثبت دارند. نتایج مثبتی در مطالعه اخیر واردی - زونا و واردی (۲۰۲۰) درخصوص اثربخشی معنادار درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای مرتبط با سلامتی گزارش شدند. نتایج مطالعه ماک و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند آموزش شفقت ورزی موجب بهبود سلامت روان می شود. در مطالعه (مارتین و همکاران، ۲۰۱۹) مشخص شد آموزش شفقت ورزی موجب افزایش خودکنترلی می شود. ترخان (۱۳۹۷) نیز به این نتیجه دست یافت که با آموزش شفقت ورزی نگرش های ناکارآمد کاهش می یابد.

در مقایسه این نتیجه با مطالعات قبلی، این نکته باید در نظر گرفته شود که مداخلات مبتنی بر شفقت به تازگی تدوین شده و مطالعات اندکی در این زمینه صورت گرفته است. همچنین بسته آموزش ذهن آگاهی شفقت محور در این مطالعه تدوین شده است؛ بنابراین، مطالعه ای قبلاً با این بسته صورت نگرفته است که بتوان آن را با نتایج به دست آمده از مداخلات ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی مقایسه کرد. در مطالعات معدودی، اثر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناختی رفتاری بررسی شده است؛ به طور مثال، جلالی و همکارانش (۱۳۹۴) با هدف مقایسه اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بومی شده و آموزش شناختی - رفتاری بر نگرش های ناکارآمد و عواطف شغلی کارکنان مطالعه ای انجام دادند. نتایج نشان دادند در مرحله پیش آزمون، تفاوت معناداری بین نگرش های ناکارآمد و عواطف شغلی گروه های آزمایش و گواه وجود ندارد؛ اما در مرحله پس آزمون و پیگیری، هر دو روش درمانی در مقایسه با گروه گواه به صورت معناداری در کاهش نگرش های ناکارآمد مؤثر بودند و تفاوت معناداری نشان دادند. فروستادوتیر و دورجی (۲۰۱۹) نیز همسو با یافته های مطالعه حاضر به این نتیجه

رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شفقت محور بر نشخوار فکری و افکار تکرار شونده در افراد مضطرب، اثربخشی مشابهی داشته است و بین این دو روش درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

همچنین ذهن آگاهی و آموزش آن در تعدیل نمرات سلامت روان نقش دارد؛ زیرا باعث تعدیل احساسات، قضاوت نکردن و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به مشاهده و پذیرفتن هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند (کابات زین، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، آموزش ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، شفقت ورزی، همدلی، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، موجب افزایش آگاهی از توانایی خود می شود و به مقابله با استرس کمک می کند؛ زیرا فرد دارای خود آگاهی، واکنش های خود را در زمان استرس تشخیص می دهد و می تواند از طریق این آگاهی، واکنش ها را تعدیل کند؛ همچنان که یکی از جنبه های مهم آموزش ذهن آگاهی این است که افراد یاد می گیرند حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند و بدون درگیر شدن با افکار، آنها را بدون قضاوت بپذیرند.

در کل، یافته های مطالعه حاضر نشان دادند هر دو بسته آموزشی ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می توانند در بهبود نگرش های ناکارآمد، خود کنترلی و سلامت روان دانشجویان مؤثر واقع شوند؛ بنابراین، پیشنهاد می شود بسته آموزشی ذهن آگاهی شفقت محور - که در این

مطالعه تدوین شد - در گروه های بالینی و غیر بالینی، اجرا و اثربخشی آن به تنهایی و در مقایسه با سایر مداخلات بررسی شود. به سبب اینکه افراد ممکن است با توجه به مشکلات زمینه ای، سطح تحصیلات یا براساس جنسیت، پاسخ متفاوتی به این روش نشان دهند، پیشنهاد می شود افراد براساس سن، تحصیلات و جنس در گروه های آموزشی مختلف، جایگزین و از نظر اثربخشی روش ها مقایسه شوند.

منابع

- ابراهیمی، ا.، موسوی، س. (۱۳۹۲). تهیه و اعتباریابی نسخه ۲۶ گویه ای مقیاس نگرش های ناکارآمد ساختار عاملی، پایایی و روایی در بیماران سرپایی روان پزشکی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۵)، ۲۰-۲۸.
- احمدپور دیزجی، ج.، زهراکار، ک.، کیامنش، ع. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان بهزیستی بر سرمایه روانشناختی دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی. *نشریه علمی زن و فرهنگ*، ۹ (۳۱)، ۷-۲۱.
- احمدی جویباری، م. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین خود کنترلی و مسئولیت پذیری دانش آموزان دختر پایه ششم ابتدایی (مطالعه موردی: شهر بابلسر). *فصلنامه روانشناسی، علوم اجتماعی و علوم تربیتی*، ۱ (۲)، ۶۳-۷۰.
- بشیری ح.، دهقان، ف.، سعیدی، س.، محرابی، پ.، شفیعی کهنه شهری، ش.، عباسزاده، م. (۱۳۹۶). رابطه سبک تفکر تحریف شده با نگرش های در مبتلایان به سرطان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹ (۴)، ۲۴۲-۲۵۰.
- بیرامی، م.، موحدی، ی.، عزیزاده گورادل، ج. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در

خودکشی در محیط های دانشگاهی. نشر امور دانشجویان دانشگاه تهران.

علوی، خ.، اصغری مقدم، م. (۲۶ تیر، ۱۳۹۸). بررسی افسردگی و هراس اجتماعی در دانشجویان دانشگاه شاهد و ارتباط آنها با جنسیت و بومی/غیربومی بودن [مقاله سخنرانی]. اولین همایش زندگی دانشجویی فرصت ها و آسیب ها با تأکید بر دانشجویان ساکن سراهای (خوابگاه های) دانشجویی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان.

علیزاده نوائی، ر.، حسینی، ح. (۱۳۹۲). وضعیت سلامت روانی دانشجویان در ایران تا سال ۱۳۹۰: مرور منظم. *تعالی بالینی*، ۲ (۱)، ۱۰-۱.

غریبی، ح.، جوانمردی، س و رستمی، چ. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش حل مسئله بر نگرش های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر سمنان. *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی*، ۱۰ (۳۸)، ۱۱۵-۱۳۴.

کشاورز، ر.، خلعتبری، ج. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان خودشفقت ورزی بر تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی زنان مطلقه. *آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۴ (۱)، ۱۷-۳۲.

محمد خانی، پ.، خانی پور، ح. (۱۳۹۱). درمان های مبتنی بر حضور ذهن. نشر دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

نائینیان، م.، نیک آذین، ا.، شعیری، م. (۱۳۹۳). ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در نوجوانان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲ (۱۰)، ۱۵۹-۱۷۲.

یزدانی، م.، اسماعیلی، م.، نامداری، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مثبت بر خودشفقت ورزی نوجوانان پسر دارای نشانه های

کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش های ناکارآمد نوجوانان. *دوفصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۴ (۱)، ۴۱-۵۲.

تابان، م.، نوراد، ص.، عبدالهی، ب.، یاسینی، ع.، صیدی، ف. (۱۳۹۱). رابطه هوش معنوی و خودکنترلی میان دانشجویان دانشگاه های تهران و شهید بهشتی. *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۲ (۵)، ۶۶۹-۶۹۴.

ترخان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی، پرخاشگری و نگرش های ناکارآمد دانش آموزان پرخاشگر. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴ (۲)، ۲۲-۲۹.

جلالی، د.، آقایی، ا.، طالبی، ه.، مظاهری، م. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بومی شده و آموزش شناختی - رفتاری بر نگرش های ناکارآمد و عواطف شغلی کارکنان. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۵ (۱)، ۱-۲۰.

سهرابی، ف.، جعفری روشن، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی روان درمانی گروهی مثبت نگر بر تاب آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر، *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۲ (۱)، ۳۱-۴۶.

شیخ الاسلامی، ع.، قمری کیوی، ح.، اشرفی، ص. (۱۳۹۴). تأثیر روش آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکنترلی دانش آموزان دختر. *پژوهش در نظام های آموزشی*، ۹ (۱)، ۸۷-۱۰۴.

صالحی، م.، آرخی، س. (۱۳۹۶). بررسی شیوع افسردگی و اضطراب در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*.

طارمیان، ف.، یعقوبی، ح.، پیروی، ح.، ظفر، م. (۱۳۹۷). برنامه جامع پیشگیری و مداخله در

- future. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10(2), 156-144.
- Khoshkardar, P. & Raeisi, Z. (2020). The effect of mindfulness-based stress reduction on body image concerns of adolescent girls with dysfunctional eating attitudes. *Australian Journal of Psychology*, 72(1), 19-11.
- Kube, T. Rief, W. & Glombiewski, J. A. (2017). On the maintenance of expectations in major depression investigating a neglected phenomenon. *Frontiers in Psychology*, 8(1), 7-1.
- MacKenzie, M. B. Abbott, K. A. & Kocovski, N. L. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: Current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14(1), 1065-1599.
- Mak, W. W. S. Wong, C. C. Y. Chan, A. T. Y. & Lau, J. T. F. (2019). Mobile self-compassion programme for promotion of public mental health: a randomised controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 25(2), 17-15.
- Martin, R. D., Kennett, D. J., & Hopewell, N. M. (2019). Examining the importance of academic-specific self-compassion in the academic self-control model. *The Journal of Social Psychology*, 159(6), 691- 676.
- McConville, J. Lewis, D. Chambers, R. & Hased, C. (2019). Physiotherapy student experience of a mindful movement and a mindful stress-reduction intervention: A qualitative study. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 47(3), 182-172.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compassion*, 5(1), 12-1.
- Ngamkham, S. Holden, J. E. & Smith, E. L. (2019). A Systematic Review: Mindfulness Intervention for Cancer-Related Pain. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 169-161.
- Pedrelli, P. Nyer, M. Yeung, A. Zulauf, C. & Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 511-503.
- Qin, X. Sun, J. Wang, M. Lu, X. Dong, Q. Zhang, L. ... & Zhao, F. (2020). Gender Differences in Dysfunctional Attitudes in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11(1), 8-1.
- افسر دگی. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۳(۴)، ۷۶-۶۵.
- Alexander, V. Tatum, B. C. Auth, C. Takos, D. Whittemore, S. & Fidaleo, R. (2012). A study of mindfulness practices and cognitive therapy: Effects on depression and self-efficacy. *International Journal of Psychology and Counselling*, 4(9), 122-115.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 405-385.
- Barnard, P. J. & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition & Emotion*, 5(1), 39-1.
- Breedvelt, J. Amanvermez, Y. Harrer, M. Karyotaki, E. Gilbody, S. Bockting, C. L. & Ebert, D. D. (2019). The effects of meditation, yoga and mindfulness on depression, anxiety and stress in tertiary education students: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10(1), 15-1.
- Frostadottir, A. D. & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion and Rumination in Clients with Depression, Anxiety and Stress. *Frontiers in psychology*, 10(1), 1099-1089.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 208-199.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 145-139.
- Hatamian, F. & Ghorbani, M. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Severity of Social Anxiety and Self-Control People with Social Anxiety Symptoms. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(4), 240-231.
- Josipovic, Z. (2016). Love and compassion meditation: a nondual perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 71-65.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and

- Weissman, A. (1979). Dysfunctional Attitude Scale (DAS). Acceptance and Commitment Therapy. *Measurment*, 54(1),79-65.
- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary investigation. *American Educational Research Association*,1(2),33-1.
- Wilson, J. M. Weiss, A. & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152(1), 95-68.
- Shafiei, M. Sadeghi, M. & Mohammadi, G. (2019). The effects training of Self-Compassion on dysfunctional attitudes and cognitive distortions in the divorcees poor. *Scientific Journal of Clinical Psychology & Personality*, 16(2), 74-65.
- Tangney, J. P. Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 324-271.
- Wardi-Zonna, K., & Wardi, A. (2020). Maternal Mental Health and Mindfulness. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 11(1),107-93.