

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی

### Comparison of the effectiveness of mindfulness therapy and cognitive-behavioral therapy on negative spontaneous thoughts

Saeed Farhadi Navarud

Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

Niloufar Tahmorsi\*

Assistant professor and member of the faculty of Psychology Department, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

[Niloufar.tahmouresi@kiau.ac.ir](mailto:Niloufar.tahmouresi@kiau.ac.ir)

Mastoreh Sedaghat

Assistant Professor Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

سعید فرهادی ناورود

گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

Niloufar Tahmouresi (نوبنده مسئول)

استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مستوره صداقت

استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

### Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy on negative future thoughts in entrance exam candidates with physical symptoms. This research was a quasi-experimental study of pre-test, and post-test design with the control group. The statistical population of the study consisted of all female entrance examination candidates under the supervision and follow-up of educational counselors of Talesh City counseling centers in the period of 2020-2021, from which 45 people were selected using purposive sampling. This number was among the three intervention groups based on mindfulness, cognitive-behavioral, and control groups that were randomly replaced. Data were collected using the Negative Future Thoughts Questionnaire (ATQ, Holon et al., 1980). Mindfulness-based intervention was held in 8 2-hour sessions and cognitive-behavioral intervention was conducted in 9 2-hour sessions once a week. Data were analyzed using a one-way analysis of covariance. The results showed that mindfulness-based therapy is effective in reducing negative spontaneous thoughts ( $p < 0.05$ ); Cognitive-behavioral therapy was also reported to be effective in reducing negative spontaneous thoughts ( $p < 0.05$ ). The results showed that mindfulness-based therapy intervention was significantly different from the cognitive-behavioral group in terms of effectiveness on negative future thoughts ( $p < 0.05$ ). It can be concluded that mindfulness-based therapy is more effective in reducing negative future thoughts in entrance exam candidates with more physical symptoms.

**Keywords:** Negative spontaneous thoughts, entrance exam candidates, cognitive-behavioral therapy, mindfulness-based therapy.

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی بود. این پژوهش از نوع پژوهش‌های مشاوران تحصیلی مراکز مشاوره شهرستان تالش در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشكیل داد که از بین آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. این تعداد در بین سه گروه مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، شناختی - رفتاری و گروه گواه که به طور تصادفی جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افکار خودآیند منفی (ATQ, Holon and McCormick, 1980) جمع‌آوری شد.

مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۲ ساعته و مداخله شناختی - رفتاری در ۹ جلسه ۲ ساعته هفته‌ای یکبار برگزار شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یکراهمه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی موثر است ( $p < 0.05$ )؛ همچنین درمان شناختی - رفتاری نیز بر کاهش افکار مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بر افکار خودآیند منفی با گروه شناختی - رفتاری دارد ( $p < 0.05$ ). نتیجه‌گیری می‌شود درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش در افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی مؤثرتر است.

**واژه‌های کلیدی:** افکار خودآیند منفی، داوطلبان کنکور، درمان شناختی - رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی.

## مقدمه

مسئله‌ای که اکثر نوجوانان و جوانان، در سال آخر تحصیل دبیرستان یا بعد از گرفتن دبیرپلما با آن مواجه هستند، مسئله کنکور و ورود به دانشگاه است. با توجه تعداد روزافزون داوطلبان کنکور و محدود بودن ظرفیت پذیرش در دانشگاهها، موفقیت در این آزمون برای داوطلبان اهمیت بالایی پیداکرده است (شاکری و همکاران، ۱۳۹۷). در این میان، تأثیر سلامت روانی دانش آموزان بر موفقیت آنان در آزمون‌ها و تحصیلشان در دوره‌ای که داوطلب آزمون ورودی دانشگاهها یا کنکور می‌گردد بسیار قابل توجه و اعتنا است؛ زیرا این آزمون همچون بسیاری از کشورها، در کشور ما نیز مسیر یا مدخل ورود به دانشگاه و مراحل تحصیلات دانشگاهی است. از جمله عوامل روانی مؤثر بر سلامت روانی داوطلبان، شاخص افکار خود آیند منفی است (نبوی و فرهادیان، ۱۳۹۹). افکار خود آیند منفی از عوامل مؤثر در وضعیت خلقی هستند (جی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). افکار خود آیند منفی، افکاری هستند که به کنترل ناپذیری، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های منفی مربوط می‌شوند (بیو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). افکار خود آیند منفی شیوه‌های ناسازگارانه تفکرات منفی را زیاد می‌کند و باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردد (سکاندینو- گوآداراما<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)، وضعیت سلامت روانی را به مخاطره می‌اندازند و احتمال آسیب جسمانی را افزایش می‌دهد (آیهان و کاواک بوداک<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱).

نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها، نشان می‌دهند که بین هیجانات منفی و برخی بیماری‌های روان تنی رابطه‌ی تنگاتنگی وجود دارد و تنش موجب تغییرات بدنی معینی درون موجود زنده می‌گردد (هو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ تغییراتی که جسم می‌تواند از افکار منفی حاصل شود ضعیف شدن سیستم ایمنی بدن، بزرگ شدن عدد فوق کلیه، کوچک شدن گره‌های لنفاوی، کوچک شدن اندازه‌ی مغز، تغییرات رُنگی و همچنین به وجود آمدن یا تشدید بیماری‌هایی همچون سردردهای میگرنی، فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی، بیماری‌های پوستی، جوش‌های غرور جوانی، التهاب و زخم‌های گوارشی، حساسیت‌ها، آسم، ناباروری، سرطان، بیماری مولتیپلاسکلروزیس، روماتوئید آرتیت و حتی مرگ با فشار روانی است (آرچر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین لین<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند افکار خود آیند منفی بر سلامت تأثیر گذاشته و می‌توانند علائم جسمانی چون افزایش ضربان قلب و فشارخون را به دنبال دارد.

علائم جسمانی یکی از شکایت‌های شایع در میان داوطلبان کنکور است (عسگری، ۱۳۹۸). اختلال علائم جسمی<sup>۸</sup> در ویرایش پنجم کتابچه آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی<sup>۹</sup>، طبقه‌ای جدیدی از اختلالات است که رویکرد بالینی مفیدتری را برای توصیف افرادی ارائه می‌دهد که در گذشته تشخیص اختلال جسمانی سازی دریافت می‌کردند. مبتلایان به اختلال علائم جسمی به طور معمول علائم جسمی شایع و متعددی دارند که ناراحت‌کننده بوده یا منجر به گسیختگی قابل توجه در زندگی روزانه می‌شود و ممکن است از لحاظ پزشکی قابل توجیه نباشد (میوس<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال علائم جسمانی منجر به نگرانی افراطی در مورد سلامت می‌گردد و تفسیرهای نادرستی در مورد حس‌های بدنی را به همراه دارد (چیو<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). وجود افکار خود آیند منفی موجب بروز نشانه‌های جسمانی در آن‌ها می‌گردد که این علائم می‌توانند به صورت مشکلات شکمی، سوء‌هاضمه، نفخ، کاهش اشتها، تپش قلب، احساس ناراحتی در قفسه سینه، سردرد، درد گردن، درد پشت، و شانه‌ها ظاهر گردد (کرافت و لوین<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۱).

از آنجایی که گروه مورد مطالعه در دوره نوجوانی قرار دارند و این دوره نیز دوره انتقال روان‌شناختی و آسیب‌پذیری است (سیسک و گی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۲)؛ بنابراین عجیب نیست با ازدیاد چالش‌ها و هیجانات منفی زندگی همراه شوند و همچنین هیجانات منفی موجب آشفتگی

1 - Ji

2 - Yu

3 - Secundino-Guadarrama

4 - Ayhan, Kavak Budak

5 - Hou

6 - Archer

7 - Lin

8 . Somatic Symptoms Disorder

9 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition

10 - Mewes

11 - Chew

12 - Kraft, Levin

13 - Sisk, Gee

در آن‌ها گردد (سانچز-مارین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). مغز نوجوان دستخوش تغییرات وضعیتی در انواع مناطق کارکردی و ساختاری، بهویژه مناطق قشر لیمیک و مناطق فرونتال می‌شود؛ این مغز در حال رشد، منجر به کاهش توانایی نوجوان در تنظیم موفق هیجاناتش می‌شود و نوجوان را در خطر اختلالات مرتبط با اضطراب و استرس قرار می‌دهد (بادن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر هدف مورد مطالعه دختران در نظر گرفته شدند به این دلیل که مطالعات مختلف نشان می‌دهند افکار منفی در دختران بسیار شایع‌تر از پسران است (پن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در این میان داوطلبان کنکور به خصوص داوطلبان دختر، با توجه به حساسیت حاکم بر این آزمون و فشارهای ناشی از آن، بهشت درگیر افکار منفی و نگران‌کننده می‌شوند که کیفیت یادگیری و یاددازی را در آن‌ها کاهش می‌دهد (شاکری و همکاران، ۱۳۹۷). لذا مداخلات روان‌درمانی در این گروه به عنوان گروه آسیب‌پذیر می‌تواند مفید واقع شود.

درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان خط اول موثر برای طیف گسترده‌ای از اختلالات و از جمله اختلالات جسمانی، شناخته شده است (تامپسون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). در این نوع درمان، تشخیص، ارزیابی، کنترل و تغییر افکار منفی وابسته به رفتارهای فردی، بهمنظور بازسازی شناختی، به افراد آموزش داده می‌شود (کاتایاما<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که اغلب تغییرات درمانی، بین جلسات مشاوره و درمان و در اثر تمرین فرد و بهره‌گیری از فنون شناختی- رفتاری صورت می‌گیرد (کارپوتیکی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)؛ در این روش فرد کمک می‌شود تا بیاموزد که تفکر ما و تصورهای خود در مورد رخدادهای ناخواهی‌اند را به طور عینی ارزیابی و به آزمون بگذارد و تعریف‌های شناختی را تصحیح و طرح‌واره‌های ناکارآمد را کاهش دهد (والر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). با استفاده از درمان شناختی- رفتاری می‌توان شواهد عینی را محک زد، تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نمود و شناخت جدید و سازگارانه تری درباره خود، جهان و آینده به دست آورد و طرح‌واره‌های ناکارآمد را کاهش دهد (استیونز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

مطابق نتیجه پژوهش ملنیک<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۲) درمان شناختی- رفتاری تنها بر افکار موثر است و تغییر چندانی در رفتار را به دنبال ندارد؛ و همچنین ماندگاری کمتر و احتمال عود بیشتر (ریتگ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) از محدودیت‌هایی است که این روش درمانی با آن روبرو است. در این میان درمان مبتنی بر ذهن آگاهی درمان موثری است که علاوه بر تغییر موثر بر افکار (مک دونالد<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، رفتار را نیز تحت تغییر قرار می‌دهد (فوروکاوا<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین طبق نتیجه پژوهش مور<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۲۲) این روش ملندگاری تأثیر بیشتر و عود کمتر اختلال (ویلیامز<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) را به دنبال دارد. همچنین فرض درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که با تکرار آموزش مراقبه‌ی ذهن آگاهی، سرانجام افراد یاد می‌گیرند که نسبت به تجربشان کمتر واکنش نشان دهند و کمتر درباره‌ی آن‌ها قضاؤت کنند؛ در نتیجه قادر خواهند شد که الگوهای همیشگی و ناسازگارانه‌ی تفکر و رفتار را شناسایی کرده و آن‌ها را تغییر دهند (بروتو<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از روی مدل کاهش استرس کابات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (گورن<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). این نوع درمان شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افکار معیوب، تمرین روحی بدن و چند تمرین شناختی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد (بارووز<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)..

1 - Sánchez-Marín

2 - Bodden

3 - Pan

4 - Thompson

5 - Katayama

6 - Karyotaki

7 - Waller

8 - Stevens

9 - Melnyk

10 - Rettig

11 - MacDonald

12 - Furukawa

13 - Moore

14 - Williams

15 - Brotto

16 - Goren

17 - Burrowes

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی – رفتاری بر افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی  
Comparison of the effectiveness of mindfulness therapy and cognitive-behavioral therapy on negative ...

با توجه به اینکه در حال حاضر، بسیاری از کشورها به دلیل افزایش داوطلبان برای ورود به دانشگاه‌ها و به منظور حذف تعداد مازاد بر ظرفیت، به ناچار آزمونی علمی به نام آزمون ورودی برگزار می‌کنند که داوطلبان به شرط قبولی و کسب نمرات تعیین شده در آن، حق ورود به دانشگاه‌ها را کسب می‌کنند. اهمیت برگزاری این آزمون به حدی است که داوطلبان کنکور آن را مهمنه ترین مرحله زندگی خود تلقی می‌نمایند و این درجه از اهمیت موجب می‌گردد تا دانش آموزان و داوطلبان به لحاظ سلامت روانی دچار چالش‌هایی گرددند و از آنجایی که دختران به نسبت پسران درگیری روانی بیشتری با این آزمون و نتایج آن نشان می‌دهند؛ لذا هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی بود.

## روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه داوطلبان دختر کنکور تحت نظرارت و پیگیری مشاوران تحصیلی مراکز مشاوره شهرستان تالش در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از داوطلبان دختر کنکور دارای علائم جسمانی با تشخیص پژوشک متخصص داخلی و پرسشنامه ۱۵ سوالی جسمانی کردن<sup>۱</sup> بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل وجود علائم جسمانی (که با تشخیص پژوشک متخصص و کسب نمره ۱۴ از پرسشنامه جسمانی کردن، صورت گرفته باشد)، داوطلب دختر بودن، حداقل سن ۱۷ سال و نداشتن سابقه بستره به علت اختلالات روانی (که توسط روان‌پژوشک مرکز موردمطالعه بررسی شد) و داشتن تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از عدم تمایل به شرکت در مداخله، رخداد حوادثی نظری مرگ یکی از نزدیکان یا سایر رویدادهای تنفس‌زا در حین مطالعه، دریافت یا لزوم تجویز هرگونه دارو روان‌پژوشکی یا مشاوره روان‌درمانی در طول مطالعه (که توسط متخصص روان‌پژوشک و روانشناس مرکز تشخیص داده شد) و غیبت در جلسات مشاوره به مدت دو جلسه یا بیشتر. لازم به ذکر است که قبل از انجام پیش آزمون هدف مطالعه، اطمینان از محرومانه بودن اطلاعات، پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت‌کنندگان و داشتن اختیار برای خروج از مطالعه در هر زمان به اطلاع آنان رسید. مدت زمان مداخله بین هشت تا ده هفته بود و در محل مرکز مشاوره انجام شد. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS نسخه ۲۶ و روش آماری تحلیل کوواریانس تک راهه (Ancova) و آزمون تعقیبی LSD مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ابزار سنجش

**پرسشنامه افکار خودآیند منفی<sup>۲</sup> (ATQ):** این پرسشنامه توسط هولون و کنдал<sup>۳</sup> در سال ۱۹۸۰ طراحی شد (هولون و کنдал، ۱۹۸۰) و دارای ۳۰ ماده می‌باشد که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این نمره‌گذاری از هرگز (۱) تا همیشه به روش (۵) به شیوه لیکرت درجه‌بندی می‌شود. البته بعضی سؤال‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشانگر دیدگاه منفی و نمرات پایین‌تر بیانگر دیدگاه مثبت است. هولون و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کردند؛ همچنین همبستگی بین نمرات این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی<sup>۴</sup> بک ۰/۶۸ گزارش شده است که به عنوان شاخصی مطلوب برای روابط همگرا در نظر گرفته می‌شود (هولون و همکاران، ۱۹۸۰). در پژوهش کاویانی و همکاران (۱۳۸۷)، روابط همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۵۷ گزارش شد که یک شاخص مطلوب گزارش شده است. همچنین آنان پایابی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز، پایابی پرسشنامه افکار خودآیند منفی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

**پرسشنامه جسمانی کردن (PHQ-15):** نسخه اولیه این پرسشنامه توسط اسپنس و همکاران (۱۹۸۷) تدوین شد و پس از آن مورد تجدیدنظر قرار گرفت. آن‌ها در مطالعه خود ۳۲ ماده پیشنهاد دادند که چهار حوزه اختلال خواب، مشکلات گوارشی، سردرد و مشکلات تنفسی را دربر می‌گرفت. سپس بر اساس همبستگی کلی بین ماده‌ها، ۳۲ ماده به ۲۲ ماده کاهش یافت و همبستگی درونی

1 - Physicalization questionnaire (PHQ-15)

2 - Negative Spontaneous Thoughts Questionnaire

3 - Hollon, Kendall

برای چهار زیرمولفه در دامنه ۷۱/۰ تا ۴۳/۰ قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۷۵/۰ به دست آمد (دودو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش اسکات و کلووی سال ۲۰۰۳ یک مقیاس ۱۵ ماده‌های بر اساس ماده‌های به کاررفته توسط اسپنс و همکاران (۱۹۸۷) جهت اندازه‌گیری سلامت جسمی در ۴ بعد تدوین شد. درواقع پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردند است. این پرسشنامه ۱۵ سؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسمی و غربالگری اختلال جسمانی کردند است. این مقیاس قسمتی از پرسشنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت جسمانی آزاردهنده را از پاسخ‌دهنده‌ها می‌پرسد. ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شایع‌ترین علائم جسمانی کرده بوده که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی مطرح شده است (کرونک و اسپیتزر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). پرسشنامه حاضر به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعاتی که توسط لی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۱) انجام گرفت آلفای کرونباخ ۷۹/۰ برای این پرسشنامه گزارش شد. در ایران نیز هنگاریابی پرسشنامه توسط عبدالمحمدى و همکاران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس جسمانی کردن پرسشنامه SCL-90<sup>۴</sup>، ۷۴/۰ گزارش شد و آلفای کرونباخ برابر با ۷۶/۰ گزارش شد (پژشکی و همکاران، ۱۴۰۰). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر ۸۱/۰ بود.

**پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۵</sup>:** از آموزش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل مداخله‌ای لف و سرپا<sup>۶</sup> به نقل از حلمی، ۱۳۹۸، به مدت ۸ جلسه، هفتاهی یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز مشاوره استفاده شد که به قرار زیر است:

#### جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	درمان
جلسه اول	معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم ذهن آگاهی، معرفی برنامه و شرح مختصری از ۸ جلسه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی با مفاهیم آموزش ذهن آگاهی و لزوم آموزش ذهن آگاهی، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خودن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه وارسی بدن و تنفس آگاهانه، تکلیف دهی.
جلسه دوم	رویارویی با موانع: مورد تکالیف هفتاهی گذشته (انجام مراقبه وارسی بدن و بحث در مورد این تجربه ۶ بار در ۷ روز)، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس ۱۵-۱۰ دقیقه، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته ۱۵-۱۰ دقیقه، ثبت وقایع خوشایند تکلیف دهی.
جلسه سوم	آگاهی از تنفس با تنفس آگاهانه: تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، انجام تمرین‌های حرکات یوگایی، تکلیف دهی.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال: مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صدای بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهار بعدی نیز نامیده می‌شود) ۴ دقیقه، آموزش نحوه ماندن در زمان حال، تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تکلیف دهی، آمادگی فردی و برنامه‌ریزی (برای ماندن در زمان حال).
جلسه پنجم	اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات): مورد تکلیف هفتاهی گذشته، تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صدای افکار و احساسات، ارائه و اجرای حرکات یوگایی، تکلیف دهی).
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند: تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروههای دوتابی، ارائه تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوا افکار، اکثرًا واقعی نیستند، استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن آگاهی، تکلیف دهی.
جلسه هفتم	مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صدای افکار، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده‌ی ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده برآیی می‌شود، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایی نشانگان عود، شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود/ بازگشت، دادن تکلیف خانگی، ایجاد نظام هشدار اولیه برای ردیابی نشانگان عود، گسترش برنامه‌ی فعالیت برای مواجهه با حالات خلقی بد، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی

1 - Duddu

2 - Kroenke, Spitzer

3 - Lee

4 - Mindfulness-Based treatment protocol

5 - Wolf, Serpa

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی  
Comparison of the effectiveness of mindfulness therapy and cognitive-behavioral therapy on negative ...

جلسه هشتم تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی (شامل نظامهای هشداردهنده اولیه و برنامههای عمل)، بازنگری کل برنامه، نظرسنجی از شرکت کنندگان تا در مورد برنامه نظر بدنهن، بحث در مورد اینکه چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفته‌ی گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجاد شده، ادامه یابد، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه‌ی تمرین، پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.

**پروتکل گروه درمانی شناختی - رفتاری<sup>۱</sup>**: از جلسات درمانی شناختی - رفتاری برگرفته از روش شناختی رفتاری داتیو و اپستین<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) طی نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، یکبار در هفته در مرکز مشاوره اجرا شد که به قرار زیر است:

## جدول ۲. پروتکل درمانی گروه درمانی شناختی - رفتاری

جلسه	درمان
جلسه اول	در این جلسه ضمن معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مطرح کردن قوانین گروه سعی شد محیطی امن و مناسب برای افراد گروه و تشویق آنها به همکاری ایجاد شود و در مورد مشکلات ناشی از افکار خودآیند منفی لزوم درمان آن توضیحاتی ارائه شد. پس از آن درباره تفکرات مثبت و منفی، آموزش A.B.C و در مجموع آشنایی با درمان رفتاری - شناختی توضیحاتی ارائه شد.
جلسه دوم	از شرکت کنندگان خواسته شد که درباره مطالب جلسه قبل هر چیزی که به ذهن‌شان می‌رسد بیان کنند حتی در حد یک جمله و کسانی که نکاتی را بیان کردند به عنوان تقویت مورد تشویق واقع شدند. در ادامه درباره خصوصیات مختلف شخصیتی مانند فعالیت‌های مثبت (کمال‌گرایی، ترس از شکست، خودکم بینی) بحث شد و سپس تعریفی از افکار خودآیند منفی و تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی به افراد نمونه ارائه شد.
جلسه سوم	از شرکت کنندگان خواسته شد که درباره مطالب جلسه قبل هر چیزی که به ذهن‌شان می‌رسد بیان کنند حتی در حد یک جمله و کسانی که نکاتی را بیان کردند به عنوان تقویت مورد تشویق واقع شدند. وارد مورد بررسی و آموزش در این جلسه عبارت بودند از: صحبت درباره تحریف‌های شناختی نگهدارنده خصوصیات منفی، آموزش چگونگی جایگزینی تفکرات ثمربخش و جدول برنامه روزانه.
جلسه چهارم	از شرکت کنندگان خواسته شد که درباره مطالب جلسه قبل هر چیزی که به ذهن‌شان می‌رسد بیان کنند حتی در حد یک جمله و کسانی که نکاتی را بیان کردند به عنوان تقویت مورد تشویق واقع شدند. وارد مورد بررسی و آموزش در این جلسه عبارت بودند از: صحبت درباره مفهوم زمان، صحبت درباره افکار خودآیند منفی و تلاش برای رسیدن به اهداف، نوشتن اهداف کوتاه مدت و بلندمدت.
جلسه پنجم	در ابتدای جلسه پنجم، ضمن مرور جلسه قبل، از شرکت کنندگان خواسته شد که درباره مطالب جلسه قبل هر چیزی که به ذهن‌شان می‌رسد بیان کنند حتی در حد یک جمله و کسانی که نکاتی را بیان کردند به عنوان تقویت مورد تشویق واقع شدند. موارد مورد بررسی و آموزش در این جلسه عبارت بودند از: صحبت درباره مهارت مدیریت زمان، هدف گذاری و نحوه برنامه‌ریزی.
جلسه ششم	نحوه استفاده مناسب از زمان، افزایش شанс موفقیت، در صورت امکان واگذاری بخشی از کار به دیگری، جایزه به خود هنگام رسیدن به هدف آموزش داده شد.
جلسه هفتم	از شرکت کنندگان خواسته شد که درباره مطالب جلسه قبل هر چیزی که به ذهن‌شان می‌رسد بیان کنند حتی در حد یک جمله و کسانی که نکاتی را بیان کردند به عنوان تقویت مورد تشویق واقع شدند. موارد مورد بررسی و آموزش در این جلسه عبارت بودند از: گرفتن بازخورد از آنچه افراد گروه از کارگاه آموخته‌اند، صحبت درباره ارزیابی منفی از خود و ارائه راهکار
جلسه هشتم	مرور جلسه قبل، توضیح درباره مدیریت استرس و حل مسئله، بیان انواع رفتارهای مقابله‌ای، رفتارهای مسئله مدار و رفتارهای هیجان مدار؛ آرامش آموزی به روش جاکوبسن.

1 - Cognitive-therapeutic group therapy protocol

2 - Dattilio, Epstein

## یافته‌ها

میانگین سن در شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی برابر با ۱۷/۶ با انحراف معیار ۱/۱۸، در گروه درمان شناختی-رفتاری ۱۸/۱ با انحراف معیار ۱/۶۹ و در گروه گواه برابر با ۱۸/۶ با انحراف معیار ۲/۱۱ بود. تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر سنی وجود نداشت و گروه‌ها همگن بودند ( $p > 0.05$ ). از طرفی ۴۶/۷ درصد (۶ نفر) از رشته شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در رشته تجربی و ۵۳/۳ درصد (۹ نفر) نیز در رشته انسانی در گروه تحصیل کرده بودند. همچنین ۴۰ درصد شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی-رفتاری (۵ نفر) در رشته تجربی و ۶۰ درصد (۱۰ نفر) در رشته انسانی مشغول به تحصیل بودند. در گروه گواه نیز ۶۶/۷ درصد در رشته تجربی (۶ نفر) و ۳۳/۳ (۶ نفر) درصد نیز در رشته علوم انسانی تحصیل می‌کردند. تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر رشته تحصیلی وجود نداشت ( $p > 0.05$ ). لازم به ذکر است کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش در آموزشگاه‌های آمادگی کنکور شرکت داشتند. یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات افکار خود آیند منفی در بین سه گروه و در قبیل و بعد از مداخله

		پیش‌آزمون		گروه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱۰/۸	۴۱/۷	۲۰/۱	۶۶/۴	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	
۱۸/۵	۵۴/۱	۲۳/۱	۶۷/۸	درمان شناختی-رفتاری	
۱۴/۴	۶۷/۲	۱۶/۵	۶۷/۵	گروه گواه	

چنانکه در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین افکار خود آیند منفی در پیش‌آزمون در سه گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، گروه شناختی-رفتاری و گواه نزدیک به یکدیگر گزارش شدند؛ اما بعد از مداخله افکار خود آیند منفی در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه شناختی-درمانی کاهش چشمگیری نسبت به گروه گواه گزارش شد که این کاهش در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بود؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود در گروه گواه بعد از مداخله تغییر محسوسی مشاهده شد.

بهمنظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج در قبیل و بعد از مداخله در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، شناختی-رفتاری و گروه بزرگتر از  $0.05$  گزارش شد ( $p > 0.05$ ). جهت بررسی همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد که نتیجه آن در مقایسه گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه، گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه و دو گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه بزرگتر از  $0.05$  به دست آمد. همچنین نتایج آزمون فرض همگنی شیب‌ها در مقایسه دو گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه ( $F=1/83, P>0.05$ )؛ در مقایسه گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه ( $F=1/52, P>0.05$ ) و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری ( $F=1/65, P>0.05$ ) به دست آمد.

جدول ۴. خلاصه آزمون یکراهه (ANCOVA) جهت مقایسه تأثیر دو درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی رفتاری بر افکار خود آیند منفی داوطلبان دارای علائم جسمانی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F معنی داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۴۶/۸	۱	۱۴۶/۸	۰/۰۰۲	۰/۳۱۴
گروه	۴۳۲/۳	۱	۴۳۲/۳	۰/۰۰۰	۰/۵۷۴
پیش‌آزمون	۱۱۹/۷	۱	۱۱۹/۷	۰/۰۳۵	۰/۱۵۴
گروه	۱۳۲/۸	۱	۱۳۲/۸	۰/۰۲۷	۰/۱۶۹
پیش‌آزمون	۶۰/۸	۱	۶۰/۸	۰/۱۰۶	۰/۰۹۴

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی  
Comparison of the effectiveness of mindfulness therapy and cognitive-behavioral therapy on negative ...

متغیرها	گروه شناختی-رفتاری	گروه	۱۰۸۱/۹	۱	۱۰۸۱/۹	۴/۹۶	۰/۰۳۴	۰/۱۵۵
مقایسه دو گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه شناختی-رفتاری								

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه آموزش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه برای متغیر افکار خود آیند معنادار و میانگین نمره‌های گروه آموزش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی معنادار است ( $F=36/4$ ,  $p<0/01$ ). مجدور اتای سه‌می هم برابر با  $0/57$  بود. به این معنی که  $57$  درصد از تفاوت در نمرات افکار خودآیند منفی ناشی از عضویت در گروه آموزش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. سایر نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه درمان شناختی-رفتاری و گواه برای متغیر افکار خود آیند معنادار است ( $F=4/47$ ,  $p<0/05$ ). مجدور اتای سه‌می هم برابر  $0/16$  بود. به این معنی که  $16/9$  درصد از تفاوت نمرات افکار خودآیند منفی ناشی از عضویت در گروه آموزش درمان شناختی-رفتاری است. در نهایت نتایج نشان داد میان دو گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=4/96$ ,  $p<0/05$ ). به منظور مقایسه میانگین گروه‌ها، از آزمون تعقیبی اختلاف معنادار (LSD) استفاده شد که نتایج آن به شرح زیر است:

جدول ۵. آزمون LSD برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه شناختی-رفتاری	۱۱/۲			$0/047$
گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل	-۱۲/۲			$0/021$
گروه شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۲۴/۴			$0/000$

با توجه به نتایج آزمون جدول (۵) در پس آزمون در متغیر افکار خود آیند منفی بین گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p<0/05$ )؛ از طرفی بین گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل و گروه شناختی-رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $p<0/05$ ). به عبارتی هر دو مداخله بر کاهش افکار خودآیند منفی اثر داشته اند و در این دو مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری از نظر اثر بخشی بر افکار خودآیند منفی دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر افکار خود آیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی انجام شد. نتیجه حاصل نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خود آیند منفی در داوطلبان کنکور مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون بروتو و همکاران (۲۰۲۲)، مک دونالد و همکاران (۲۰۲۲) و ویلیامز و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه‌های حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد (مکدونالد و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع این شیوه درمانی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد، تأکید این روش بر این نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع‌آوری یا به آن‌ها پاسخ داده شود بلکه تأکید این است که فرد در مقابل افکار منفی خود مقاومت کند و با ذهن متمایز و با توجه بیشتر بر جنبه‌های مثبت تمکن نماید (بروتو و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین می‌توان افزود آموزش مهارت‌هایی چون روش‌های صحیح برقراری ارتباط، این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد تا توانایی‌های لازم را برای عمل کردن طبق معیارهای خود و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت ویژه خود پرورش دهد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۲۲).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش افکار خود آیند منفی در داوطلبان کنکور مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون مور و همکاران (۲۰۲۲)، ملنیک و همکاران (۲۰۲۲)، کاریوتیکی و همکاران (۲۰۲۱)، فوروکاوا و همکاران (۲۰۲۱)، استیونز و همکاران (۲۰۱۹)، والر و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: درمان شناختی-رفتاری باهدف قرار دادن شناختهای منفی سعی در تغییر آن‌ها و بهبود نشانه‌های معیوب روان‌شناختی دارد (ملنیک و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان شناختی-رفتاری سعی می‌شود افکار غیرمنطقی و ناکارآمد شناسایی شود و فرد نسبت به نقش این افکار

بینش یابد و افکار دیگری را جایگزین آن‌ها نماید (کاریوتیکی و همکاران، ۲۰۲۱). افراد با استفاده از درمان شناختی- رفتاری تشویق می‌شوند تا هرگونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش‌گذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند (مور و همکاران، ۲۰۲۲). در طول درمان شناختی رفتاری، فرد به مبارزه با افکار منفی خود می‌پردازد (والر و همکاران، ۲۰۱۸). مواجهه بدون ارزیابی و قضاوت با افکار منفی از طریق شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و تلاش برای جایگزینی افکار منفی درباره خود و دنیای پیرامون از طریق درمان شناختی و رفتاری، مسیرها و سازوکارهایی بوده که بسترساز ارتقا مهارت‌های ارتباطی و کاهش افکار خود آیند منفی در افراد شده است (فوروکاوا و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افکار خود آیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی تفاوت وجود دارد. نتیجه حاصل با نتایج پژوهش مور و همکاران (۲۰۲۲)، ملنیک و همکاران (۲۰۲۲) و فوروکاوا و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان شناختی - رفتاری در کاهش افکار خود آیند منفی را می‌توان در ارتباط با تفاوت مؤلفه شناختی این دو رویکرد تبیین کرد. اول اینکه، اساس درمان شناختی- رفتاری نظریه بک است (ویلیامز و همکاران، ۲۰۲۲)، در حالی که رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پایه نظریه زیرسیستم‌های شناختی متعامل تیز دل شکل‌گرفته است (فوروکاوا و همکاران، ۲۰۲۱). از دیدگاه بک، در آسیب‌شناسی روانی «شناخت» نقش اصلی را دارد. او معتقد است که جنبه‌های دیگر مانند جنبه‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیک برخاسته از این جنبه است. درحالی که ذهن آگاهی از ابتدا یک مداخله کل‌نگر بوده است که هیچ‌گونه تمایز اساسی بین بدن و ذهن قائل نمی‌شود. این مدل با کل وجود و شخصیت فرد به طور همزمان کار می‌کند و به فرد بهمنابه یک کل یکپارچه نگاه می‌کند، روش هوشیاری فraigir که سازگار با مدل زیرسیستم‌های شناختی متعامل است، بر روی اثرات جسمی، احساسی، افکار و عواطف و هیجانات فرد، به طور همزمان کار می‌کند (چینی‌فروشان و همکاران، ۱۳۹۵). دوم اینکه در الگوی نظری بک، ظاهراً تغییر در سطح معنایی اختصاصی کلام ایجاد می‌شود و این باعث می‌شود که فقط معانی و بازخوردها تغییر کند و آن معنایی که بر اثر شبکه‌بندی خاصی در ذهن فرد ایجاد شده و خاطرات و معانی احساسی و عاطفی خاصی را در ذهن فرد بیدار می‌کند، تغییر نکند. در صورتی که در مدل تیز دل علاوه بر توجه به معانی اختصاصی به معانی کلی تر هم اهمیت داده می‌شود، زیرا تیز دل عقیده دارد که تنها در سطح معانی کلی تر، معنی با هیجان ارتباط پیدا می‌کند که سیمایه‌های حسی، آهنج صدا و یا پس‌خوارندهای درون- حسی از بیان چهره و یا برانگیختگی حسی به اضافه‌های الگوهای معانی اختصاصی در آن سهم دارند (میلانی و همکاران، ۱۳۹۳).

آنچه از جمع‌بندی نتایج به دست آمده از پژوهش انجام شده حاصل شد این است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک مکانیسم موثرتر بر افکار خود آیند منفی نسبت به درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان راهی برای پیشگیری از بیماری‌های روانی در نظر گرفته شود. به طوری که این روش درمانی را می‌توان به عنوان یک مداخله‌ی روان‌شناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار داد.

پژوهش با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد. مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند بود؛ همچنین جامعه پژوهش محدود به داوطلبان دختر دارای علائم جسمانی شهرستان تالش بود، که می‌تواند تعمیم دهی نتایج پژوهش به سایر گروه‌ها و شهرهای دیگر را با محدودیت رویرو کند؛ همچنین به دلیل شیوع ویروس کرونا، امکان پیگیری در پژوهش وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، همچنین این مطالعه بر روی داوطلبان پسر دارای علائم جسمانی در دیگر شهرهای ایران انجام شود و در مطالعات آتی از پیگیری نیز استفاده شود.

## منابع

- پژشکی، پ؛ اصل ڈاکر، م؛ نصیری، س. (۱۴۰۰). نقش خصوصت و دوسوگرایی در ابراز هیجان و پیش‌بینی علائم جسمانی سازی دانشجویان دانشگاه تهران. *مجله علوم پژوهشی زانکو*، ۳(۴)، ۱۴-۵. [pegahpezeshki-A-10-528-1-86a3404](http://pegahpezeshki-A-10-528-1-86a3404)
- چینی‌فروشان، م؛ نشاط دوست، ح. ط؛ عابدی، م. بر. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان پسран داوطلب کنکور سراسری. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲۳(۶)، ۱۴۸-۱۳۳. <http://ensani.ir/fa/article/363544>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی  
Comparison of the effectiveness of mindfulness therapy and cognitive-behavioral therapy on negative ...

- شاکری، م.ت؛ صالح مقدم، ار؛ تیره، ح؛ هادیانفر، ع؛ یوسفی، ر؛ ناوی پور، ا. (۱۳۹۷). بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان ورودی از کنکور سراسری در دانشگاه علوم پزشکی در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳. [https://ifmh.mums.ac.ir/article\\_332\\_338.pdf](https://ifmh.mums.ac.ir/article_332_338.pdf).  
عسگری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب امتحان، پیشرفت تحصیلی و عملکرد کنکور داوطلبان ورود به دانشگاه. [https://journals.atu.ac.ir/article\\_10086.pdf](https://journals.atu.ac.ir/article_10086.pdf).  
ملیانی، م؛ الهیاری، ع؛ آزادپلاخ، پ؛ فتحی اشتیائی، ع؛ طاولی، آ. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی - رفتاری بر پیش‌بین‌های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲(۱۰)، ۸۶-۷۵.  
[http://cpap.shahed.ac.ir/article\\_2704.pdf](http://cpap.shahed.ac.ir/article_2704.pdf)
- نبوی، س؛ فرهادیان، ع. (۱۳۹۹). شناسایی مشکلات فرایند مصاحبه تخصصی داوطلبان برای پذیرش در دانشگاه فرهنگیان بهمنظور ارائه الگوی مطلوب. [http://pma.cfu.ac.ir/mobile/article\\_1632\\_43265bdc37.pdf](http://pma.cfu.ac.ir/mobile/article_1632_43265bdc37.pdf).  
ولف، ک؛ سرپا، گ. (۱۳۹۸). راهنمای بالینگران در آموزش ذهن آگاهی؛ برنامه جامع جلسه به جلسه برای متخصصان سلامت روان و کارکنان بخش سلامت. ترجمه کتابیون حلمی. تهران: انتشارات ارجمند.  
<https://www.arjmandpub.com/Book/1652>.  
کاویانی، ح؛ حاتمی، ن؛ شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). تازه‌های علوم شناختی، ۱۰(۴)، ۴۸-۳۹.  
<URL: http://icssjournal.ir/article-1-466-fa.html>.
- Archer, K. R., Coronado, R. A., & Wegener, S. T. (2018). The role of psychologically informed physical therapy for musculoskeletal pain. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 6(1), 15-25. <https://doi.org/10.1007/s40141-018-0169-x>
- Ayhan, M. O., & Kavak Budak, F. (2021). The correlation between mindfulness and negative automatic thoughts in depression patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1944-1949. <https://doi.org/10.1111/ppc.12637>
- Bodden, C., Pang, T. Y., Feng, Y., Mridha, F., Kong, G., Li, S., ... & Hannan, A. J. (2022). Intergenerational effects of a paternal Western diet during adolescence on offspring gut microbiota, stress reactivity, and social behavior. *The FASEB Journal*, 36(1), e21981. <https://doi.org/10.1096/fj.202100920RR>
- Brotto, L. A., Stephenson, K. R., & Zippin, N. (2022). Feasibility of an Online Mindfulness-Based Intervention for Women with Sexual Interest/Arousal Disorder. *Mindfulness*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01820-4>
- Burrowes, S. A., Goloubeva, O., Stafford, K., McArdle, P. F., Goyal, M., Peterlin, B. L., ... & Seminowicz, D. A. (2022). Enhanced mindfulness-based stress reduction in episodic migraine—effects on sleep quality, anxiety, stress, and depression: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *Pain*, 163(3), 436-444. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002372>
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., ... & Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559-565. <http://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Dattilio, F. M., & Epstein, N. B. (2005). The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy Edited special section. *Journal of Marital and Family therapy*, 31(1), 7-13.. doi: [10.1111/j.1752-0606.2005.tb01539.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01539.x)
- Duddu, V., Chaturvedi, S. K., & Isaac, M. K. (2003). Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders—A study from Bangalore, India. *Psychopathology*, 36(2), 98-103. <https://doi.org/10.1159/000070365>
- Furukawa, H., Noda, S., Kitashima, C., Omine, M., Fukumoto, T., Ono, H., ... & Nakao, M. (2022). A pilot randomized controlled trial of the shogi-assisted cognitive behavioral therapy (S-CBT) preventive stress management program. *BioPsychoSocial Medicine*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00229-8>
- Goren, G., Schwartz, D., Friger, M., Banai, H., Sergienko, R., Regev, S., ... & Sarid, O. (2022). Randomized controlled trial of cognitive-behavioral and mindfulness-based stress reduction on the quality of life of patients with Crohn disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 28(3), 393-408. <https://doi.org/10.1093/ibd/izab083>
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 4(4), 383-395. <https://doi.org/10.1007/BF01178214>
- Hou, X. L., Bian, X. H., Zuo, Z. H., Xi, J. Z., Ma, W. J., & Owens, L. D. (2021). Childhood maltreatment on young adult depression: A moderated mediation model of negative automatic thoughts and self-compassion. *Journal of health psychology*, 26(13), 2552-2562. <https://doi.org/10.1177/1359105320918351>
- Ji, J. L., Murphy, F. C., Grafton, B., MacLeod, C., & Holmes, E. A. (2022). Emotional mental imagery generation during spontaneous future thinking: relationship with optimism and negative mood. *Psychological Research*, 86(2), 617-626. <https://doi.org/10.1007/s00426-021-01501-w>
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt Bermpohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., ... & Forsell, Y. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(4), 361-371. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2020.4364](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364)
- Katayama, N., Nakagawa, A., Umeda, S., Terasawa, Y., Abe, T., Kurata, C., ... & Mimura, M. (2022). Cognitive behavioral therapy effects on frontopolar cortex function during future thinking in major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of affective disorders*, 298, 644-655. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.034>
- Krafft, J., & Levin, M. E. (2021). Does the Cognitive Fusion Questionnaire measure more than frequency of negative thoughts?. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.002>

- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*, 32(9), 509-515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Lee, S., Ma, Y. L., & Tsang, A. (2011). Psychometric properties of the Chinese 15-item patient health questionnaire in the general population of Hong Kong. *Journal of psychosomatic research*, 71(2), 69-73. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.016>
- Lin, Q., Li, T., Shakeel, P. M., & Samuel, R. (2021). Advanced artificial intelligence in heart rate and blood pressure monitoring for stress management. *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing*, 12(3), 3329-3340. <https://doi.org/10.1007/s12652-020-02650-3>
- MacDonald, H. Z., & Neville, T. (2022). Promoting college students' mindfulness, mental health, and self-compassion in the time of COVID-19: feasibility and efficacy of an online, interactive mindfulness-based stress reduction randomized trial. *Journal of College Student Psychotherapy*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/87568225.2022.2028329>
- Melnik, B. M., Hoying, J., Hsieh, A. P., Buffington, B., Terry, A., & Moore, R. M. (2022). Effects of a cognitive-behavioral skills building program on the mental health outcomes and healthy lifestyle behaviors of veterinary medicine students. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 1(aop), 1-7. <https://doi.org/10.2460/javma.21.03.0142>
- Mewes, R., Feneberg, A. C., Doerr, J. M., & Nater, U. M. (2022). Psychobiological mechanisms in somatic symptom disorder and depressive disorders: An ecological momentary assessment approach. *Psychosomatic medicine*, 84(1), 86-96. doi: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001006>
- Moore, M. T., Lau, M. A., Haigh, E. A., Willett, B. R., Bosma, C. M., & Fresco, D. M. (2022). Association between decentering and reductions in relapse/recurrence in mindfulness-based cognitive therapy for depression in adults: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(2), 137- 147. <https://doi.org/10.1037/ccp0000718>
- Pan, Y., Zhou, D., & Shek, D. T. (2022). After-school extracurricular activities participation and depressive symptoms in Chinese early adolescents: moderating effect of gender and family economic status. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4231. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074231>
- Rettig, E. K., Ergun, G., Warfield, J. R., Slater, S. K., LeCates, S. L., Kabbouche, M. A., ... & Powers, S. W. (2022). Predictors of Improvement in Pediatric Chronic Migraine: Results from the Cognitive-Behavioral Therapy and Amitriptyline Trial. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 29(1), 113-119. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09782-4>
- Sánchez-Marín, L., Flores-López, M., Pastor, A., Gavito, A. L., Suárez, J., de la Torre, R., ... & Serrano, A. (2022). Acute stress and alcohol exposure during adolescence result in an anxious phenotype in adulthood: Role of altered glutamate/endocannabinoid transmission mechanisms. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 113, 110460. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110460>
- Secundino-Guadarrama, G., Veytia-López, M., Guadarrama-Guadarrama, R., & Míguez, M. C. (2021). Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. *Salud mental*, 44(1), 3-10. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98797>
- Sisk, L. M., & Gee, D. G. (2022). Stress and adolescence: vulnerability and opportunity during a sensitive window of development. *Current opinion in psychology*, 44, 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.10.005>
- Stevens, M. W., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(2), 191-203. <https://doi.org/10.1002/cpp.2341>
- Thompson, R. D., Delaney, P., Flores, I., & Szegedy, E. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children with comorbid physical illness. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(2), 329-348. doi: <http://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.013>.
- Waller, G., Pugh, M., Mulkens, S., Moore, E., Mountford, V. A., Carter, J., ... & Smit, V. (2020). Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1132-1141. <https://doi.org/10.1002/eat.23289>
- Williams, K., Hartley, S., Anderson, I. M., Birtwell, K., Dowson, M., Elliott, R., & Taylor, P. (2022). An ongoing process of reconnection: A qualitative exploration of mindfulness-based cognitive therapy for adults in remission from depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(1), 173-190. <https://doi.org/10.1111/papt.12357>
- Yu, M., Huang, L., Mao, J., & Luo, S. (2022). Childhood maltreatment, automatic negative thoughts, and resilience: The protective roles of culture and genes. *Journal of interpersonal violence*, 37(1-2), 349-370. <https://doi.org/10.1177/0886260520912582>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر افکار خودآیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی  
Comparison of the effectiveness of mindfulness therapy and cognitive-behavioral therapy on negative ...