رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱، شماره پیاپی ۸۲، فروردین ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(1), 2023

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

سعید فرهادی ناورود
گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
نیلوفر طهمورسی (نویسنده مسئول)
استادیاروعضو هیئت علمی گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
مستوره صداقت
استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

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

چکیده
هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی – رفتاری بر افکار خود آیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی بود. این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی داوطلبان کنکور دختر تحت نظارت و پیگیری مشاوران تحصیلی مراکز مشاوره شهرستان تالش در بازه زمانی ۱۴۰۰- ۱۳۹۹ تشکیل 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 به‌طور تصادفی جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افکار خود آیند منفی (ATQ، هولون و همکاران، ۱۹۸۰) 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 یک‌راهه مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی موثر است (p<۰/۰۵)؛ همچنین درمان شناختی- رفتاری نیز بر کاهش افکار خودآیند منفی موثر گزارش شد (p<۰/۰۵). از نتایج نشان داد مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری ازنظر اثربخشی بر افکار خود آیند منفی با گروه شناختی- رفتاری دارد (p<۰/۰۵). نتیجه‌گیری می‌شود درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش در افکار خود آیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی مؤثرتر است.

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

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.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** فروردین ۱۴۰۱ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۱ | **ویرایش نهایی:** فروردین ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

مقدمه

مسئله‌ای که اکثر نوجوانان و جوانان، در سال آخر تحصیل دبیرستان یا بعد از گرفتن دیپلم 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 می‌گردند بسیار قابل‌توجه 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. ازجمله 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[1] و همکاران، ۲۰۲۲). افکار خود آیند منفی، افکاری هستند که به کنترل ناپذیری، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های منفی مربوط می‌شوند (یو[2] و همکاران، ۲۰۲۲). افکار خود آیند منفی شیوه‌های ناسازگارانه تفکرات منفی را زیاد می‌کند و باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند (سکاندینو- گوآداراما[3] و همکاران، ۲۰۲۱)، وضعیت سلامت روانی را به مخاطره می‌اندازند و احتمال آسیب جسمانی را افزایش می‌دهد (آیهان و کاواک بوداک[4]، ۲۰۲۱).

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌ها، نشان می‌دهند که بین هیجانات منفی و برخی بیماری‌های روان‌تنی رابطه‌ی تنگاتنگی وجود دارد و تنش موجب تغییرات بدنی معینی درون موجود زنده می‌گردد (هو [5]و همکاران، ۲۰۲۱)؛ تغییراتی که جسم می‌تواند از افکار منفی حاصل شود ضعیف شدن سیستم ایمنی بدن، بزرگ شدن غدد فوق کلیه، کوچک شدن گره‌های لنفاوی، کوچک شدن اندازه‌ی مغز، تغییرات ژنتیکی 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 آرتریت و حتی مرگ با فشار روانی است (آرچر[6] و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین لین[7] و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند افکار خود آیند منفی بر سلامت تأثیر گذاشته و می‌تواند 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[8] در ویرایش پنجم کتابچه آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی[9]، طبقه‌ای جدیدی از اختلالات است که رویکرد بالینی مفیدتری را برای توصیف افرادی ارائه می‌دهد که درگذشته تشخیص اختلال جسمانی سازی دریافت می‌کردند. مبتلایان به اختلال علائم جسمی به‌طورمعمول علائم جسمی شایع و متعددی دارند که ناراحت‌کننده بوده و یا منجر به گسیختگی قابل‌توجه در زندگی روزانه می‌شود و ممکن است ازلحاظ پزشکی قابل توجیه نباشد (میوس[10] 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[11] و همکاران، ۲۰۲۰). وجود افکار خود آیند منفی موجب بروز نشانه‌های جسمانی در آن‌ها می‌گردد که این علائم می‌تواند به‌صورت 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[12]، ۲۰۲۱).

از آنجایی‌که گروه مورد مطالعه در دوره نوجوانی قرار دارند و این دوره نیز دوره انتقال روان‌شناختی و آسیب‌پذیری است (سیسک و گی[13]، 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 - Krafft, Levin
13 - Sisk, Gee

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

در آن‌ها گردد (سانچز- مارین[1] و همکاران، ۲۰۲۲). مغز نوجوان دستخوش تغییرات وضعیتی در انواع مناطق کارکردی و ساختاری، به‌ویژه مناطق قشر لیمبیک و مناطق فرونتال می‌شود؛ این مغز در حال رشد، منجر به کاهش توانایی نوجوان در تنظیم موفق هیجاناتش می‌شود و نوجوان را درخطر اختلالات مرتبط با اضطراب و استرس قرار می‌دهد (بادن[2] 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[3] و همکاران، ۲۰۲۲). در این میان داوطلبان کنکور به‌خصوص داوطلبان دختر، با توجه به حساسیت حاکم بر این آزمون و فشارهای ناشی از آن، به‌شدت درگیر افکار منفی و نگران‌کننده می‌شوند که کیفیت یادگیری و یادداری را در آن‌ها کاهش می‌دهد (شاکری و همکاران، ۱۳۹۷). لذا مداخلات روان‌درمانی در این گروه به‌عنوان 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[4] 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[5] 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 (کاریوتیکی[6] و همکاران، ۲۰۲۱)؛ در این روش فرد کمک می‌شود تا بیاموزد که تفکر ما و تصورهای خود در مورد رخدادهای ناخوشایند را به‌طور عینی ارزیابی و به آزمون بگذارد و تعریف‌های شناختی را تصحیح و طرح‌واره‌های ناکارآمد را کاهش دهد (والر[7] 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[8] و همکاران، ۲۰۱۹).

مطابق نتیجه پژوهش ملنیک[9] 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[10] و همکاران، ۲۰۲۲) از محدودیت‌هایی است که این روش درمانی باآن روبرو است. در این میان درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی درمان موثری است که علاوه بر تغییر موثر بر افکار (مک دونالد[11] و همکاران، ۲۰۲۲)، رفتار را نیز تحت تغییر قرار می‌دهد (فوروکاوا[12] و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین طبق نتیجه پژوهش مور[13] و همکاران (۲۰۲۲) این روش ماندگاری تأثیر بیشتر و عود کمتر اختلال (ویلیامز[14] و همکاران، ۲۰۲۲) را به دنبال دارد. همچنین فرض درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که با تکرار آموزش مراقبه‌ی ذهن آگاهی، سرانجام افراد یاد می‌گیرند که نسبت به تجاربشان کم‌تر واکنش نشان دهند و کم‌تر درباره‌ی آن‌ها قضاوت کنند؛ در نتیجه قادر خواهند شد که الگوهای همیشگی و ناسازگارانه‌ی تفکر و رفتار را شناسایی کرده و آن‌ها را تغییر دهند (بروتو[15] و همکاران، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از روی مدل کاهش استرس کابات زین ساخته‌شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه‌شده است (گورن[16] و همکاران، ۲۰۲۲). این نوع درمان شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افکار معیوب، تمرین روی بدن و چند تمرین شناختی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد (باروز[17] 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

با توجه به اینکه در حال حاضر، بسیاری از کشورها به دلیل افزایش داوطلبان برای ورود به دانشگاه ها و به منظور حذف تعداد مازاد بر ظرفیت، به ناچار آزمونی علمی به نام آزمون ورودی برگزار می کنند که داوطلبان به شرط قبولی و کسب نمرات تعیین شده در آن، حق ورود به دانشگاه ها را کسب می کنند. اهمیت برگزاری این آزمون به حدی است که داوطلبان کنکور آن را مهم ترین مرحله زندگی خود تلقی می نمایند و این درجه از اهمیت موجب می گردد تا دانش آموزان و داوطلبان به لحاظ سلامت روانی دچار چالش هایی گردند 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 خود آیند منفی در داوطلبان کنکور دارای علائم جسمانی بود.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه داوطلبان دختر کنکور تحت نظارت 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 پزشک متخصص داخلی و پرسشنامه ۱۵ سوالی جسمانی کردن[1] بودند که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل وجود علائم جسمانی (که با تشخیص پزشک متخصص و کسب نمره ۱۴ از پرسشنامه جسمانی کردن، صورت گرفته باشد)، داوطلب دختر بودن، حداقل سن ۱۷ سال و نداشتن سابقه بستری به علت اختلالات روانی (که توسط روان‌پزشک 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 نظیر مرگ یکی از نزدیکان یا سایر رویدادهای تنش‌زا در حین مطالعه، دریافت یا لزوم تجویز هرگونه دارو روان‌پزشکی یا مشاوره روان‌درمانی در طول مطالعه (که توسط متخصص روان‌پزشک 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 پیش‌آزمون هدف مطالعه، اطمینان از محرمانه 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 تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه افکار خود آیند منفی[2] (ATQ): این پرسشنامه توسط هولون و کندال در سال ۱۹۸۰ طراحی شد (هولون و کندال[3]، 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 به‌صورت 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 کرده‌اند؛ همچنین همبستگی بین نمرات این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۸ گزارش‌شده است که به‌عنوان شاخصی مطلوب برای روایی همگرا در نظر گرفته می‌شود (هولون و همکاران، ۱۹۸۰). در پژوهش کاویانی و همکاران (۱۳۸۷)، روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۵۷ گزارش شد که یک شاخص مطلوب گزارش‌شده است. همچنین آنان پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز، پایایی پرسشنامه افکار خود آیند 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

برای چهار زیرمولفه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۴۳ قرار گرفت و ضـریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۵ به دسـت آمد (دودو[1] و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش اسـکات و کلووی سـال ۲۰۰۳ یک مقیاس ۱۵ماده‌ای بر اسـاس ماده‌های به‌کاررفته توسـط اسـپنس و همکاران (۱۹۸۷) جهت اندازه‌گیری سـلامت جسـمی در ۴ بُعد تدوین شـد. درواقع پرسـش‌نامه ۱۵سـؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسـمی و غربالگری اختلال جسـمانی کردن است. این پرسـشـنامه ۱۵ سـؤالی برای اندازه‌گیری علائم جسـمی و غربالگری اختلال جسـمانی کردن است. این مقیاس قسـمتی از پرسـشـنامه کامل PHQ بوده و میزان بروز ۱۵ علامت جسـمانی آزاردهنده را از پاسـخ‌دهنده‌ها می‌پرسـد. ۱۴ مورد از این ۱۵ مورد، شـایع‌ترین علائم جسـمانی کرده بوده که در ویرایش چهارم راهنمای تشـخیصـی و آماری اختلال روانی مطرح‌شـده اسـت (کرونک و اسـپیتزر[2]، ۲۰۰۲). پرسـشـنامه حاضـر به‌صـورت لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شـود. در مطالعاتی که توسـط لی[3] و همکاران (۲۰۱۱) انجام گرفت آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای این پرسـشـنامه گزارش شد. در ایران نیز هنجاریابی پرسـشـنامه توسط عبدالمحمدی و همکاران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. روایی هم‌زمان این پرسـشـنامه با مقیاس جسـمانی کردن پرسـشـنامه SCL-90، ۰/۷۴ گزارش شد و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ گزارش شد (پزشکی و همکاران، ۱۴۰۰). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر ۰/۸۱ بود.

پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی[4]: از آموزش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل مداخله‌ای ولف و سرپا[5] (۲۰۱۹؛ به نقل از حلمی، ۱۳۹۸)، به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز مشاوره استفاده شدکه به‌قرار زیر است:

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی

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، آشـنایی با مفاهیم آموزش ذهن آگاهی و لزوم آموزش ذهن آگاهی، توضـیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه وارسی بدن و تنفس آگاهانه، تکلیف دهی.
جلسه دوم	رویارویی با موانع: مورد تکالیف هفته‌ای گذشـته (انجام مراقبه وارسـی بدن و بحث در مورد این تجربه ۶ بار در ۷ روز)، موانع تمرین و راه‌حل‌های 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 یا تنفس آگاهانه: تمرین دیدن و شـنیدن، مراقبه نشسـته و نفس کشـیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه‌دقیقه‌ای فضای تنفسی، انجام تمرین‌های حرکات یوگای، تکلیف دهی.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال: مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود) ۴۰ دقیقه. آموزش نحوه ماندن در زمان حال، تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شـنیدن، آگاهی از تنفس، بدن، صـدا و افکار، فضـای تنفس سه دقیقه‌ای، تکلیف دهی، آمادگی فردی و برنامه ریزی (برای ماندن در زمان حال).
جلسه پنجم	اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات): مرور تکلیف هفته‌ای گذشته، تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگای ، تکلیف دهی.
جلسه ششم	افکار حقایق نیسـتند: تمرین فضـای تنفس سـه‌دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه‌ی تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضـمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیسـتند.، اسـتفاده از شـعر و اسـتعاره و ارتباط آن باکیفیت ذهن آگاهی، تکلیف دهی.
جلسه هفتم	مراقبه‌ی نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، صداها، سپس افکار، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده‌ی ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه‌ی فهرسـتی از فعالیت‌های لذتبخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده برآیی می‌شـود، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای داشـتن حضور ذهن، شـناسایی نشانگان عود، شـناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود/ بازگشت، دادن تکلیف خانگی، ایجاد نظام هشـدار اولیه برای ردیابی نشانگان عود، گسـترش برنامه‌ی فعالیت برای مواجهه با حالات خلقی بد، آماده‌سـازی و برنامه‌ریزی

1 - Duddu
2 - Kroenke, Spitzer
3 - Lee
4 - Mindfulness-Based treatment protocol
5 - Wolf, Serpa

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

جلسه هشتم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی (شامل نظام‌های هشداردهنده‌ی اولیه و برنامه‌های عمل)، بازنگری کل برنامه، نظرسنجی از شرکت کنندگان تا در مورد برنامه نظر بدهند، 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 گروه‌درمانی شناختی- رفتاری[1]: از جلسات درمانی شناختی- رفتاری برگرفته از روش‌شناختی رفتاری داتیو و اپستین[2] (۲۰۰۵) طی نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، یک‌بار در هفته در مرکز مشاوره اجرا شد که به‌قرار 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 منفیو لزوم درمان آن توضیحاتی ارائه شد. پس از آن درباره تفکرات مثبت و منفی، آموزشA.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 ویژگی‌های یک هدف واقع بینانه، خودداری از استفاده از عبارت‌های بایددار، آموزش مهارت مدیریت زمان، هدف گذاری و نحوه برنامه‌ریزی.
جلسه ششم	نحوه استفاده مناسب از زمان، افزایش شانس 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 ازآنچه افراد گروه از کارگاه آموخته‌اند، صحبت درباره ارزیابی منفی از خود و ارائه راهکار
جلسه‌ی 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

جلسه نهم	به مرور مطالب مطرح شده در جلسات قبل و همچنین جمع‌بندی از جلسات پرداخته شد. همچنین تاریخ اجرای پرسشنامه‌ها برای پس‌آزمون به آنان اطلاع داده شد.

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>۰/۰۵). 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 تحصیل‌کرده 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 (۹ 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>۰/۰۵). 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 ارائه‌شده است.

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

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

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 نشد.

به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج در قبل و بعد از مداخله در گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، شناختی- رفتاری و گروه بزرگ‌تر از ۰/۰۵ گزارش شد (p>۰/۰۵). 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 p>۰/۰۵ به دست آمد. همچنین نتایج آزمون فرض همگنی شیب‌ها در مقایسه دو گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه (p>۰/۰۵، F=۱/۸۳)؛ در مقایسه گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه گواه (P>۰/۰۵، F=۱/۵۲) و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی- رفتاری (P>۰/۰۵، F=۱/۶۵) 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	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
مقایسه گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه	پیش‌آزمون	۱۴۶۸/۸	۱	۱۴۶۸/۸	۱۲/۳	۰/۰۰۲	۰/۳۱۴
	گروه	۴۳۲۳/۳	۱	۴۳۲۳/۳	۳۶/۴	۰/۰۰۰	۰/۵۷۴
مقایسه گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه گواه	پیش‌آزمون	۱۱۹۳/۷	۱	۱۱۹۳/۷	۴/۹۱	۰/۰۳۵	۰/۱۵۴
	گروه	۱۳۲۸/۱	۱	۱۳۲۸/۱	۵/۴۷	۰/۰۲۷	۰/۱۶۹
	پیش‌آزمون	۶۰۸/۹	۱	۶۰۸/۹	۲/۷۹	۰/۱۰۶	۰/۰۹۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

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

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه آموزش درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گواه برای متغیر افکار خود آیند معنادار و میانگین نمره‌های گروه آموزش درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی معنادار است (p<۰/۰۱، F =۳۶/۴). مجذور اتای سهمی هم برابر با ۰/۵۷ بود. به این معنی که ۵۷ 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 (p<۰/۰۵، ۵/۴۷). مجذور اتای سهمی هم برابر ۱۶/۹ بود. به این معنی که ۱۶/۹ 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 (p<۰/۰۵، F=۴/۹۶). به منظور مقایسه میانگین گروه ها، 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	تفاوت میانگین	سطح معناداری
افکار خودآیند	گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه شناختی- رفتاری	۱۱/۲	۰/۰۴۷
	گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل	-۱۳/۲	۰/۰۲۱
	گروه شناختی- رفتاری	گروه کنترل	-۲۴/۴	۰/۰۰۰

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<۰/۰۵)؛ 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<۰/۰۵). 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 به‌منظور 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). درواقع 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 تمرکز 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

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)، درحالی‌که 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. درحالی‌که 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 به‌طور هم‌زمان کار می‌کند و به فرد به‌مثابه یک کل یکپارچه نگاه می‌کند، روش هوشیاری فراگیر که سازگار با مدل زیرسیستم‌های شناختی متعامل است، بر روی اثرات جسمی، احساسی، افکار و عواطف و هیجانات فرد، به‌طور 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 براثر شبکه‌بندی خاصی در ذهن فرد ایجادشده و خاطرات و معانی احساسی و عاطفی خاصی را در ذهن فرد بیدار می‌کند، تغییر نکند. درصورتی‌که در مدل تیز دل علاوه بر توجه به معانی اختصاصی به معانی کلی‌تر هم اهمیت داده می‌شود، زیرا تیز دل عقیده دارد که تنها در سطح معانی کلی‌تر، معنی با هیجان ارتباط پیدا می‌کند که سیمایه های حسی، آهنگ صدا و یا پس‌خوراندهای درون- حسی از بیان چهره و یا برانگیختگی حسی به اضافه‌های الگوهای معانی اختصاصی در آن سهم دارند (ملیانی و همکاران، ۱۳۹۳).

آنچه از جمع‌بندی نتایج به دست آمده از پژوهش انجام شده حاصل شد این است که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان یک مکانیسم موثرتر بر افکار خودآیند 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 روبرو 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

پزشکی، پ؛ اصل ذاکر، م؛ نصیری، س. (۱۴۰۰). نقش خصومت و دوسوگرایی در ابراز هیجان و پیش‌بینی علائم جسمانی سازی دانشجویان دانشگاه تهران. *مجله علوم پزشکی زانکو، ۳(۴)*، ۱۴-۵. pegahpezeshki-A-10-528-1-86a3404

چینی‌فروشان، م؛ نشاط دوست، ح. ط؛ عابدی، م.ر. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان پسران داوطلب کنکور سراسری. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۳)، ۱۴۸- ۱۳۳. http://ensani.ir/fa/article/363544

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

شاکری، م.ت؛ صالح مقدم، ا.ر؛ 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. *اصول بهداشت روانی*، ۲۰(۵)، ۳۳۸- ۳۳۲. https://jfmh.mums.ac.ir/article

عسگری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب امتحان، پیشرفت تحصیلی و عملکرد کنکور داوطلبان ورود به دانشگاه. *فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۱۵(۵۱)*، ۱۹۴-۱۷۵. https://journals.atu.ac.ir/article_10086

ملیانی، م؛ اللهیاری، ع.ع؛ آزادفلاح، پ؛ فتحی آشتیانی، 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)، ۷۵-۸۶. http://cpap.shahed.ac.ir/article_2704

نبوی، س.ص؛ فرهادیان، ع. (۱۳۹۹). شناسایی مشکلات فرایند مصاحبه تخصصی داوطلبان برای پذیرش در دانشگاه فرهنگیان به‌منظور ارائه الگوی مطلوب. *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۱۰(۱)، ۱۳۶- ۱۰۵. http://pma.cfu.ac.ir/mobile/article_1632_43265bdc37

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 کتایون حلمی. تهران: انتشارات ارجمند. https://www.arjmandpub.com/Book/1652

کاویانی، ح؛ حاتمی، ن؛ شفیع‌آبادی، ع.ا. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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., & Zippan, 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: 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 therapyEdited special section. *Journal of Marital and Family therapy*, *31*(1), 7-13.. doi: 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

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

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

Melnyk, 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://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., & Szigethy, 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.14.8]