رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۵، شماره پیاپی ۱۱۰، مرداد ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(5), 2025

اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری دانشجویان

The effectiveness of schema therapy based on mindfulness on quality of life, anger and rumination of students

مهدیه رحیمی صادق
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی،گروه روان‌شناسی،دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
بهرامعلی قنبری هاشم آبادی (نویسنده مسئول)
استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف
استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

Mahdieh Rahimi Sadegh
Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi *
Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
ghanbarih@um.ac
Hamid Reza Aghamohammadian sharbaf
Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری دانشجویان بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۰ ساله دانشگاه فردوسی مشهد در نیم سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای سنجش شامل مقیاس نشخوار فکری-تامل تراپنل و کمپل (۱۹۹۶، RRQ)، پرسشنامه حالت-صفت بیان خشم اسپیلبرگر (۱۹۹۹، STAXI-2) و پرسشنامه کوتاه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶، WHOQOL-BREF) استفاده به عمل آمد. گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار قرار گرفت و گروه کنترل هیچگونه مداخله درمانی دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. یافته‌های این پژوهش نشان داد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشم و نشخوار فکری دانشجویان اثربخش بوده است.

واژه‌های کلیدی: *خشم، کیفیت زندگی، نشخوار فکری، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دانشجویان.*

Abstract

This research aimed to investigate the effectiveness of schema therapy based on mindfulness on the quality of life, anger, and rumination of students. The present study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research included female students aged 18 to 40 at Ferdowsi University of Mashhad in 2024. The research sample consisted of 30 people who were selected by purposive sampling and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). The measurement tools included the rumination-reflection questionnaire of Trapnell and Campbell (1999, PRQ), the state-trait anger expression inventory of Spielberger (1999, STAXI-2), and the World Health Organization Quality of Life questionnaire (1996, WHOQOL-BREF). The experimental group underwent schema therapy based on mindfulness during 8 sessions of 90 minutes once a week, and the control group did not receive any therapeutic intervention. Multivariate analysis of the covariance test was used for analysis. The results showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference between the post-test mean of quality of life, anger, and rumination in the two experimental and control groups at the 0/01 level. The findings of this research showed that schema therapy based on mindfulness was effective in increasing the quality of life and reducing anger and rumination in students.

Keywords: *Anger, Quality of Life, Rumination, Schema Therapy based on Mindfulness, Students.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : فروردین ۱۴۰۴** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

مقدمه

ورود به دانشگاه و زندگی دانشجویی به واسطه دلایلی همچون عدم حمایت عاطفی و اجتماعی، مشکلات آموزشی، احساس تنهایی، شکل گیری دلبستگی‌های عاطفی و شکست‌های عاطفی به عنوان دوره‌ای استرس‌زا تلقی می‌شود که می‌تواند تأثیرات عمیق و پایدار عاطفی، رفتاری و شناختی بر دانشجویان بگذارد (دجاویت[1] و همکاران، ۲۰۲۵؛ ترل[2] و همکاران، ۲۰۲۴) و کیفیت زندگی[3] آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد (پان[4] و همکاران، ۲۰۲۴) که به عنوان جایگزینی برای مفهوم سلامتی، با در نظر گرفتن ابعاد مختلف زندگی، به بهداشت و سلامت جسمی و روانی او نگاه می‌کند (کیم[5]، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش‌های گوناگون حاکی از افت کیفیت زندگی در دوره‌ی دانشجویی می‌باشد (علی[6] و همکاران، ۲۰۲۵). تحولات دوره دانشجویی می‌تواند به تغییرات وسیعی در حیطه‌های مختلف عاطفی، رفتاری، اجتماعی و شناختی بینجامد و فشارهای زیادی بر دانشجویان وارد کند که خود می‌تواند زمینه بروز برخی آسیب‌های روانی و هیجانات منفی را تسهیل کند که یکی از آن‌ها خشم است (کریماه[7] و همکاران، ۲۰۲۵).

خشم، به عنوان هیجانی فراگیر، واکنشی عاطفی به تهدید یا ناکامی ادراک شده است (خوش‌فطرت و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات مختلفی همچون چن[8] و همکاران (۲۰۱۹) و لیو[9] و همکاران (۲۰۲۴) تجربه‌ی خشم فراوان را در دانشجویان گزارش دادند و نتایج حاکی از وجود رابطه معنادار بین خشم شدید با کیفیت پایین زندگی (سگدی[10] و همکاران، ۲۰۲۴)، بروز رفتارهای پرخطر مانند استعمال مواد مخدر (لایتانو[11] و همکاران، ۲۰۲۱)، سوء مصرف الکل (کورتنی[12] و همکاران، ۲۰۲۴) و خودزنی (لارسون[13] و همکاران، ۲۰۲۴) در دانشجویان می‌باشد. یکی از راهبردهایی که بر کارکردهای شناختی و اجرایی به ویژه کنترل مهارشده هیجان‌هایی نظیر خشم و تظاهرات آن نظیر پرخاشگری اثرگذار است، نشخوار فکری می‌باشد (ون[14] و همکاران، ۲۰۲۴) به گونه‌ای که نشخوار فکری در مورد خشم منجر به افزایش احساس‌های پرخاشگرانه می‌شود (پاپ[15] و همکاران، ۲۰۲۵). نشخوار فکری افکار و رفتارهایی است که به طور مکرر توجه شخص را بر هیجان‌ها و احساس‌های منفی‌اش و همچنین بر ماهیت و مفاهیم ضمنی این احساس‌ها از جمله دلائل، مفاهیم و پیامدهای احساس‌ها معطوف می‌کند (تام[16] و همکاران، ۲۰۲۱). هیجان منفی همچون خشم آغازگر نشخوار فکری است که این خود منجر به تشدید هیجان منفی و نشخوار فکری بیشتر می‌شود؛ در طول این فرآیند سرکوبی فکر با نشخوار فکری تعامل پیدا می‌کند و منجر به حفظ یا تشدید هیجان‌های منفی می‌شوند و ضمن تقویت افکار منفی، رفتار حل مسئله را مختل می‌کند و با بی انگیزگی، بازداری رفتارهای مثبت و تمرکز آسیب دیده همراه است (وونگ[17] و همکاران، ۲۰۲۳).

طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[18] به عنوان سازه‌ای نوپا در درمان‌های موج سوم، یکی از مداخلات آموزشی و حمایتی است که نتایج مثبتی از اثربخشی آن در گروه دانشجویان گزارش شده است (سیمپسون[19] و همکاران، ۲۰۲۳؛ رفتار علی آبادی و همکاران، ۲۰۲۲؛ جعفریان و همکاران، ۱۴۰۳؛ غیور کاظمی و همکاران، ۱۴۰۲). هدف طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمک به کسب آگاهی از کارکرد طرحواره‌ها و یادگیری تشخیص فرآیندهایی است که به پاسخ‌های خودکار شکل می‌دهند. در این درمان، به تدریج تکنیک‌های ذهن آگاهی به طرحواره درمانی اضافه می‌شود و با شکل دهی و تقویت مهارت‌های توجه، افراد ترغیب می‌شوند تا نحوه عملکرد طرحواره‌هایشان را مشاهده کنند و به اثرات خودآیند آن‌ها بر رفتارشان پی ببرند. آموزش ذهن آگاهی به جای تلاش برای تغییر در نحوه

1. Dejavitte
2. Terrell
3. quality of life
4. Pan
5. Kim
6. Ali
7. Karimah
8. Chen
9. Liu
10. Szegedi
11. Laitano
12. Courtney
13. Larsson
14. Wen
15. Pop
16. Tamm
17. Wong
18. schema therapy based on mindfulness
19. Simpson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

عملکرد طرحواره‌ها، بر کسب آگاهی از آن‌ها تمرکز می‌کند و طرحواره در خلال آموزش در حکم موضوع برای ذهن آگاهی به کار گرفته می‌شود (فن وریسویک[1] و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی (سیمپسون و همکاران، ۲۰۲۳؛ جعفریان و همکاران، ۱۴۰۳)، کاهش خشم (ژانگ و ژانگ[2]، ۲۰۲۳؛ حسن زاده و منصوری، ۱۴۰۱) و نشخوار فکری (مائو[3] و همکاران، ۲۰۲۳) است.

به‌طورکلی، وجود استرس‌ها و تنش‌های مختلف در دوره دانشجویی به عنوان یکی از دوره‌های مهم زندگی، آنها را به گروهی آسیب پذیری تبدیا می‌سازد. از این رو، توجه به درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی ضروری و حائز اهمیت است. مروری بر ادبیات پژوهشی مرتبط نشان می‌دهد که در مورد نتایج اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دانشجویان یافته‌های پژوهشی زیادی در دست نیست، به ویژه مطالعه‌ای که در حیطه‌ی کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری باشد، بنابراین شناسایی چنین شیوه‌های درمانی که بتواند این عوامل را در دانشجویان هدف قرار دهد؛ می‌تواند به کاهش مشکلات و افزایش توانمندی این گروه کمک کند و انجام این پژوهش می‌تواند دست آوردهای تلویحی مهمی برای مراکز مشاوره دانشگاه‌های سراسر کشور به دنبال داشته باشد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری دانشجویان بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۰ ساله دانشگاه فردوسی مشهد در نیم سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش و بر اساس روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power-1/3 استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل برابر با ۱۴ نفر یعنی در مجموع ۲۸ نفر برای انجام پژوهشی با اندازه اثر ۰/۵ و توان۰/۸۵ درصد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار باشد، لازم بود. با توجه به احتمال افت شرکت کنندگان حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای حضور در جلسات مداخله، عدم دریافت درمان یا مداخلات همزمان (بر اساس پرونده روان‌شناختی)، فقدان مسمومیت‌های دارویی و مشکلات طبی بازدارنده، بازه‌ی سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، ناقص بودن پرسشنامه‌ها و شروع به مصرف مواد مخدر و الکل بود. اصولِ اخلاقی که در جریانِ پژوهش مورد تأکید قرارگرفته و رعایت شدند، عبارت‌اند از: ۱. رعایت اصل رازداری هم توسط خودِ پژوهشگر و هم توسط اعضا. درمانگر قبل از انتخاب اعضا برای مشارکت در پژوهش در قالبی بیانی متعهد شد که اطلاعات جمع آوری شده در جریان پژوهش و تمامی اتفاقاتی که در طی اجرایی کردن جلسات آموزشی به وقوع می‌پیوندد کاملا محرمانه است و نه تنها خودِ وی بلکه اعضای گروه نیز باید متعهد باشند که به هیچ وجه این اطلاعات را به دنیای بیرونی انتقال ندهند. ۲. رعایت اصل رضایت آگاهانه. برای تحقق این اصل اخلاقی، پژوهشگر اهداف، روش‌ها و دشواری‌های احتمالی نظیر مدت زمان حضور در جلسات یا تعداد جلسات را برای اعضا دقیقاً روشن کرد تا با آگاهی کامل از این موارد برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش تصمیم بگیرند. ۳. تعهد به پیشگیری از بروز آسیب. پژوهشگر به اعضا متعهد شد که تمامی تلاش خود را برای کاهش خطرات و دشواری‌های پژوهش به کار بگیرد و از بروز هرگونه آسیب جبران ناپذیری به طور کامل پیشگیری کند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس نشخوار فکری_تامل[4] (RRQ): این پرسشنامه توسط تراپنل و کمپل[5] (۱۹۹۹) برای تمایز میان مؤلفه‌های ناسازگارانه و سازگارانهٔ نشخوار فکری تهیه شد. نسخه نهایی پرسشنامه شامل ۲۴ آیتم بود که ۱۲ آیتم آن تمرکز بر نشخوار فکری و ۱۲ آیتم آن تأمل را ارزیابی می‌کند. پاسخ به هر آیتم بر روی مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (بسیار موافقم تا بسیار مخالفم) قرار می‌گیرد. آیتم‌های ۶، ۹، ۱۰،

1. Fan Veriswick
2. Zhang & Zhang
3. Mao
4. rumination-reflection questionnaire
5. Trapnell and Campbell

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

۱۳، ۱۴، ۱۷، ۲۰ و ۲۴ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. تراپنل و کمپل (۱۹۹۹) در بررسی روایی سازه گزارش کردند خرده مقیاس نشخوار فکری رابطه‌ی مثبت نیرومندی با نشانه‌های روان رنجور خویی دارد (r=۰/۷۸) در حالی که مقیاس تأمل قوی‌ترین رابطه را با باز بودن نسبت به تجربه نشان می‌دهد (r=۰/۸۳). همچنین آن‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ، همسانی درونی خوبی را در مورد تأمل و نشخوار فکری به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کردند. به علاوه این دو عامل حداقل همبستگی را با یکدیگر (r=۰/۲۲، چرخش ابلیمن مستقیم) نشان دادند. برای مثال، آلفای کرونباخ برای عامل تأمل برابر با ۰/۸۹ و برای نشخوار فکری برابر با ۰/۹ بود که نشان داد این مقیاس از خصوصیات روان‌سنجی خوبی برخوردار است. معنوی پور و شاه حسینی (۱۳۹۴) در پژوهش خود ضریب پایایی و همسانی درونی مقیاس نشخوار فکری– تأمل را ۰/۷۳ گزارش کردند که حاکی از پایایی و همسانی درونی مناسب این مقیاس است. بررسی روایی نیز نشان داد این پرسشنامه ۷۱/۷۸ درصد از واریانس نشخوار فکری-تامل را با سه عامل تأمل، درون نگری و در فکر فرورفتن تبیین می‌کند. بنابراین این ابزار از روایی مناسبی نیز برخوردار است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به شیوه آلفای کرونباخ برای متغیر نشخوار فکری کل و مولفه‌های نشخوار فکری و تامل ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۵ به دست آمده است.

پرسشنامه حالت–صفت بیان خشم[1] (STAXI-2): این پرسشنامه توسط اسپیلبرگر[2] (۱۹۹۹) تدوین شده است که از ۳ بخش و ۵۷ عبارت تشکیل شده است. بخش نخست، حالت خشم؛ بخش دوم صفت خشم و بخش سوم، شیوه‌های بیان و کنترل خشم را می‌سنجد. عبارات با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای نمره گذاری می‌شوند. عبارات بخش اول با استفاده از یکی از چهار حالت اصلا، کمی، به نسبت و بسیار زیاد درجه بندی، می‌شوند، عبارات بخش دوم و سوم آزمون با استفاده از یکی از چهار حالت تقریبا هرگز، گاهی، اغلب و تقریبا همیشه نمره گذاری می‌شوند. اسپیلبرگر (۱۹۹۹) ضرایب آلفای برای حالت خشم ۰/۹۳، صفت خشم برابر با ۰/۸۵ و بیان و کنترل خشم ۰/۸۳ گزارش داد. همچنین، همسانی درونی بالا بین مقیاس‌ها و زیرمقیاس های خشم (۰/۷۳) و ارتباط مثبت آن با سایر ابزارهای خشم و خصومت (۰/۵۴) حاکی از روایی مناسب آن بود. اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۷) که در پژوهش خود به اعتباریابی STAXI-2 در یک جمعیت دانشجویی (n=۵۷۰) پرداخته بودند، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های STAXI-2 را به ترتیب برای حالت خشم، صفت خشم، شیوه‌های بیان و کنترل خشم ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ گزارش کردند که نشان دهنده‌ی پایایی STAXI-2 می‌باشد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به شیوه آلفای کرونباخ برای متغیر خشم کلی و مولفه‌های حالت خشم، صفت خشم و بیان و کنترل خشم ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۸ به دست آمده است.

پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[3] (WHOQOL-BREF): برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) استفاده شد که دارای ۲۶ گویه می‌باشد و کیفیت زندگی کلی و عمومی را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس سلامت جسمی (۷ گویه)، سلامت روان (۶ گویه)، سلامت محیط (۸ گویه) و روابط اجتماعی (۳ گویه) و یک نمره کلی است. کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی نیز دربرگیرنده‌ی ۲ گویه می‌باشد. نحوه نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. گویه‌های ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی سلامت (۱۹۹۶) در کشورهای مختلف اعتبارسنجی شده است که نتایج حاکی از اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان ۰/۷۶، سلامت محیط ۰/۸۰ و روابط اجتماعی ۰/۶۶) و پایایی آزمون-بازآزمون (۰/۷۲) این پرسشنامه می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) انجام شده است. نتایج نشان داد مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ بدست آمد. همچنین در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر گویه با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. همچنین، نتایج پژوهش حاکی از قابل قبول بودن روایی، پایایی و عوامل ساختاری این پرسشنامه در گروه‌های سالم و بیمار بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به شیوه آلفای کرونباخ برای متغیر کیفیت زندگی و مولفه‌های سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ به دست آمده است.

مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: در این پژوهش از پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (فن وریسویک[4] و همکاران، ۲۰۱۴) استفاده و به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار اجرا شد. در پژوهش حاضر این پروتکل به صورت گروهی در گروه آزمایش ارائه گردید. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

1. state-trait anger expression inventory
2. Spielberger
3. World Health Organization of quality of life questionnaire
4. Fan Veriswick

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	توضیحات
اول	معرفی اعضا و پرسیدن در مورد تجربیات قبلی شان در مورد طرحواره درمانی وذهن آگاهی، توضیح مختصری در مورد طرحواره درمانی و ذهن آگاهی و علت ادغام این دو روش، انجام تکنیک کشمش و صحبت در مورد تجربه انجام تمرین، توضیح در مورد دفترچه یادداشت طرحواره که در طول جلسات مورد استفاده قرار می‌گیرد
دوم	درجه بندی سطح توجه آگاهی در هفته گذشته توسط شرکت کنندگان، تمرین کوتاه مدت وارسی بدن (۵ دقیقه)، بحث درباره نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی
سوم	درجه بندی سطح توجه آگاهی در هفته گذشته توسط شرکت کنندگان. تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرح واره و همچنین تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات پررنگ
چهارم	درجه بندی سطح توجه آگاهی در هفته گذشته توسط شرکت کنندگان. تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین آشنایی با طرحواره‌ها (توجه آگاهی نسبت به وضعیت بودن و وضعیت شدن)، مفهوم مقابله با طرح واره شرح داده می‌شود
پنجم	درجه بندی سطح توجه آگاهی در هفته گذشته توسط شرکت کنندگان، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهانه به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهی ۳ دقیقه‌ای، شیرین کاری توجه آگاهانه
ششم	درجه بندی سطح توجه آگاهی در هفته گذشته توسط شرکت کنندگان. تمرین فضای تنفّس ۳ دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران، تمرین نشان دادن قصد رها کردن طرحواره‌ها
هفتم	درجه بندی سطح توجه آگاهی در هفته گذشته توسط شرکت کنندگان. تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرح واره و همچنین درباره تکالیف خانگی آماده شدن برای آینده، توجه آگاهانه به طرحواره‌ها در حکم افکار محض
هشتم	درجه بندی سطح توجه آگاهی در هفته گذشته توسط شرکت کنندگان، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، شیرین کاری و توجه آگاهانه به طرحواره و ذهنیت در تعاملات شخصی، ده دقیقه آخر جلسه را به ارزیابی کل برنامه آموزشی اختصاص دهید. به شرکت کنندگان کمک کنید دریابند که چطور می‌توانند تمرینات توجه آگاهی را خودشان به تنهایی در آینده به کار بگیرند.

یافته ها

بر اساس مقطع تحصیلی، در هر دو گروه آزمایش و گواه، ۱ نفر (۶/۷ درصد) در مقطع کارشناسی و ۱۴ نفر (۹۳/۳ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. بر اساس متغیر وضعیت شغلی، در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) شاغل و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) غیر شاغل بودند در حالی که در گروه گواه ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) شاغل و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) غیر شاغل بودند. بر اساس متغیر سن، در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) در رده دامنه‌ی سنی ۳۰-۱۸ سال و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در دامنه‌ی سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند در حالی که در گروه گواه، ۶ نفر (۴۰ درصد) در رده دامنه‌ی سنی ۳۰-۱۸ سال و ۹ نفر (۶۰ درصد) در دامنه‌ی سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر در دانشجویان گروه آزمایش ۴/۳۶ ± ۳۵/۱۲ و گروه گواه ۴/۸۳ ± ۳۶/۷۵ گزارش شد. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲ . میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفیت زندگی، خشم، نشخوار فکری و مولفه‌های آن *به* تفکیک گروه

متغیر	گروه	مرحله‌ی اجرا	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۶/۷۳	۹/۹۱
		پس‌آزمون	۸۰/۶	۱۱/۰۵
	گواه	پیش‌آزمون	۶۶/۸	۹/۴۸
		پس‌آزمون	۶۶/۰۷	۱۲/۹۶
سلامت جسمی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۳۳	۴/۲۸
		پس‌آزمون	۲۳/۸	۴/۶۴
	گواه	پیش‌آزمون	۱۹/۲۷	۴/۶۵
		پس‌آزمون	۱۸/۶	۵/۳۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

		آزمایش	پیش‌آزمون	۱۷/۸۷	۲/۸
	سلامت روان		پس‌آزمون	۲۲	۲/۶۴
		گواه	پیش‌آزمون	۱۷/۳۳	۲/۷۴
			پس‌آزمون	۱۷/۲۷	۳/۱۹
مولفه‌ها		آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۰۷	۱/۷۱
	روابط اجتماعی		پس‌آزمون	۹/۶	۲/۳۲
		گواه	پیش‌آزمون	۷/۸۷	۲/۲۶
			پس‌آزمون	۷/۷۳	۲/۵۲
		آزمایش	پیش‌آزمون	۲۲/۴۷	۴/۷۶
	سلامت محیط		پس‌آزمون	۲۵/۲	۲۵/۲
		گواه	پیش‌آزمون	۲۲/۳۳	۴/۵۶
			پس‌آزمون	۲/۴۷	۵/۹۵
	خشم کل	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۴۸/۰۷	۲۵/۷۶
			پس‌آزمون	۱۲۴/۵۳	۱۳/۴۱
		گواه	پیش‌آزمون	۱۵۱/۸	۲۴/۶۶
			پس‌آزمون	۱۵۴/۱۳	۲۳/۴۵
	حالت خشم	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۷/۰۷	۹/۲۱
			پس‌آزمون	۲۳/۲۳	۴/۷۲
		گواه	پیش‌آزمون	۳۶/۵۳	۸/۹۲
			پس‌آزمون	۳۶/۶۷	۹/۰۱
	صفت خشم	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۹/۶	۵/۹۷
مولفه‌ها			پس‌آزمون	۲۴/۵۳	۳/۹۸
		گواه	پیش‌آزمون	۳۱/۲۷	۶/۲۲
			پس‌آزمون	۳۱/۶۷	۵/۹۴
	بیان و کنترل	آزمایش	پیش‌آزمون	۸۱/۶	۱۱/۲۶
	خشم		پس‌آزمون	۷۵/۰۷	۷/۷۲
		گواه	پیش‌آزمون	۸۳/۵۳	۱۰/۹۱
			پس‌آزمون	۸۳/۱۲	۹/۸۷
		آزمایش	پیش‌آزمون	۷۶/۶	۶/۰۴
	نشخوار فکری کل		پس‌آزمون	۶۶/۰۷	۸/۴
		گواه	پیش‌آزمون	۷۹/۴	۵/۴۴
			پس‌آزمون	۷۹/۷۳	۵/۸
		آزمایش	پیش‌آزمون	۳۸/۴	۴/۸۲
	نشخوار فکری		پس‌آزمون	۳۴/۰۷	۵/۹۸
		گواه	پیش‌آزمون	۳۹/۰۷	۳/۸۴
مولفه‌ها			پس‌آزمون	۳۹/۵۳	۲/۴۱
		آزمایش	پیش‌آزمون	۳۷/۲	۱/۵۲
	تامل		پس‌آزمون	۳۳/۳۳	۴/۰۸
		گواه	پیش‌آزمون	۳۷/۷۳	۱/۴۳
			پس‌آزمون	۳۹/۱۳	۳/۷۳

با توجه به جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که در مرحله‌ی پیش آزمون بین میانگین نمرات متغیرهای کیفیت زندگی، خشم، نشخوار فکری و مولفه‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت کمی وجود دارد، اما در مرحله پس‌آزمون تفاوت بیشتری بین نمرات دو گروه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

وجود دارد به طوری که نمرات گروه آزمایش پس از دریافت طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در متغیر کیفیت زندگی و مولفه‌های آن افزایش بیشتری نسبت به گروه گواه پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است، در حالی که در متغیرهای خشم، نشخوار فکری و مولفه‌های آن‌ها کاهش بیشتری نسبت به گروه گواه پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است. مقدار معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنف در متغیرهای کیفیت زندگی (KS:0.11)، نشخوار فکری (KS:0.14) و خشم (KS:0.14) بالاتر از ۰/۰۵ بود که نشان داد این متغیرها در سطح خطای ۵ درصد دارای توزیع نرمال می‌باشند، بنابراین مفروضه‌ی نرمال بودن برقرار است. جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های خطا، نتایج آزمون لون نشان داد مقادیر احتمال در آزمون‌های لون برای کیفیت زندگی (F=۰/۳۰۲، p=۰/۵۸۷)، خشم (F=۰/۱۹۴، p=۰/۶۶۳)، و نشخوار فکری (F=۰/۲۱۵، p=۰/۶۴۶) بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا فرض همگنی واریانس‌ها در سطح خطای ۰/۰۵ محقق شده است و واریانس‌های خطای متغیرهای کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون اختلاف معنی‌داری ندارند. پیش شرط لازم دیگر جهت بررسی نبودن تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش آزمون، بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون است که میزان Fمحاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (p>۰/۰۵) و بین گروه‌ها و پیش ازمون تعامل وجود نداشت.

جدول ۳ . نتایج آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی معنی داری اثر عضویت گروهی متغیرهای پژوهش

اثر	متغیر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه ازدی خطا	سطح معناداری	توان آماری
گروه (پس آزمون)	اثر پیلایی	۰/۹۶۱	۴۰/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۹	۴۰/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۱
	اثر هتلینگ	۲۴/۸۰۰	۴۰/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۱
	بزرگترین ریشه روی	۲۴/۸۰۰	۴۰/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۱

نتایج آزمون باکس بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی معنی‌داری اثر عضویت گروهی و با توجه به سطح معناداری به دست آمده، بین دو گروه آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۴۰/۳۰، لامبدای ویلکز، P<۰/۰۵). بررسی دقیقتر این تفاوت در جداول زیر مشخص شده است:

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر درمان بر متغیرهای مورد مطالعه

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	کیفیت زندگی	۱/۴۶	۱	۱/۴۶	۰/۰۲۱	۰/۸۸۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
	سلامت جسمی	۱۷/۵۳	۱	۱۷/۵۳	۱/۲۲	۰/۲۷۹	۰/۰۴۹	۰/۱۸۶
	سلامت روان	۳۰/۱۷	۱	۳۰/۱۷	۴/۹	۰/۰۳۷	۰/۱۷	۰/۵۶۵
	روابط اجتماعی	۴۷/۴۱	۱	۴۷/۴۱	۱۴/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷۱	۰/۹۵
	سلامت محیط	۱۳۶/۴۹	۱	۱۳۶/۴۹	۹/۰۴	۰/۰۰۶	۰/۲۷۴	۰/۸۲۳
	خشم	۲۰۹/۷	۱	۲۰۹/۷	۱/۲۵	۰/۲۷۳	۰/۰۵	۰/۱۹
	حالت خشم	۲۵/۱	۱	۲۵/۱	۰/۷۶۲	۰/۳۹۱	۰/۰۳۱	۰/۱۳۴
	صفت خشم	۰/۷۰۶	۱	۰/۷۰۶	۰/۰۲۵	۰/۸۷۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳
	بیان و کنترل خشم	۳۸/۷۵	۱	۳۸/۷۵	۲/۷۵	۰/۱۱	۰/۱۰۳	۰/۳۵۷
	نشخوار فکری کل	۱۹۶/۵۴	۱	۱۹۶/۵۴	۴/۶۹	۰/۰۷۸	۰/۱۵۸	۰/۵۴۹
	نشخوار فکری	۲/۱۹	۱	۲/۱۹	۰/۱۱۶	۰/۷۳۷	۰/۰۰۵	۰/۰۶۲
	تامل	۰/۳۳۵	۱	۰/۳۳۵	۰/۰۲۱	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
	کیفیت زندگی	۱۲۲۶/۵۶	۱	۱۲۲۶/۵۶	۱۷/۳۹**	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۷۹
	سلامت جسمی	۵۳/۴۸	۱	۵۳/۴۸	۳/۵۹	۰/۰۷	۰/۱۳۵	۰/۷۹۳
	سلامت روان	۱۰۶/۰۶	۱	۱۰۶/۰۶	۱۹/۵۵**	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۸۷
	روابط اجتماعی	۸/۸۹	۱	۸/۸۹	۲/۵۹	۰/۱۲۱	۰/۱۰۱	۰/۹۳۶

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

	سلامت محیط	۵۲/۵۷	۱	۵۲/۵۷	۳/۵	۰/۰۷۴	۰/۱۳۲	۰/۳۷۴
گروه	خشم	۴۵۳۹/۶۸	۱	۴۵۳۹/۶۸	۲۷/۲۳**	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲	۰/۹۹۹
	حالت خشم	۱۰۰۸/۱۶	۱	۱۰۰۸/۱۶	۳۰/۵۹**	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
	صفت خشم	۱۹۰/۶۴	۱	۱۹۰/۶۴	۱۳/۵۲**	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۴۱
	بیان و کنترل خشم	۳۳۰/۰۴	۱	۳۳۰/۰۴	۱۱/۶۷**	۰/۰۱	۰/۳۲۷	۰/۹۰۶
	نشخوار فکری کل	۸۶۶/۴۲	۱	۸۶۶/۴۲	۲۰/۶۹**	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳	۰/۹۹۲
	نشخوار فکری	۱۲۸/۹۵	۱	۱۲۸/۹۵	۶/۸۱*	۰/۰۱۵	۰/۲۱۴	۰/۷۰۸
	تامل	۱۷۴/۶۱	۱	۱۷۴/۶۱	۱۰/۹۳**	۰/۰۰۳	۰/۳۰۴	۰/۸۸۸
	کیفیت زندگی	۱۶۹۲/۲۵	۲۰	۸۴/۶۱				
	سلامت جسمی	۳۴۲/۸۴	۲۰	۱۷/۱۴				
	سلامت روان	۱۴۷/۷۸	۲۰	۷/۳۸				
	روابط اجتماعی	۸۰/۴۵	۲۰	۴/۰۲				
	سلامت محیط	۳۶۲/۰۲	۲۰	۱۸/۱				
	خشم	۴۰۰۰/۹۱	۲۰	۲۰۰/۰۴				
	حالت خشم	۷۹۰/۹۱	۲۰	۳۹/۵۴				
	صفت خشم	۳۳۸/۲۲	۲۰	۱۶/۹۱				
خطا	بیان و کنترل خشم	۶۷۸/۲۸	۲۰	۳۳/۹۱				
	نشخوار فکری کل	۱۰۴۶/۷۸	۲۰	۵۲/۳۳				
	نشخوار فکری	۱۰۴۶/۷۸	۲۰	۲۳/۶۵				
	تامل	۳۹۹/۱۳	۲۰	۱۹/۹۵				

با تجه به مقادیر F برای پس آزمون کیفیت زندگی (F=۱۷/۳۹, p<۰/۰۱)، سلامت روان (F=۱۹/۵۵, p<۰/۰۱)، خشم (F=۲۷/۲۳p< , ۰/۰۱)، حالت خشم (F=۳۰/۵۹ , P<۰/۰۱)، صفت خشم (F=۱۳/۵۲, P<۰/۰۱)، بیان و کنترل خشم (F=۱۱/۶۷ , P<۰/۰۱)، نشخوار فکری کل (F=۲۰/۶۹, P<۰/۰۱)، نشخوار فکری (F=۶/۸۱, P<۰/۰۵) و تامل (F=۱۰/۹۳, P<۰/۰۱) و سطح معناداری آن‌ها که کوچکتر از ۰/۰۵ است (P<۰/۰۵) مشاهده می‌شود که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری اثربخش بوده است، از این رو، فرضیه پژوهش تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری دانشجویان بود. نتایج نشان داد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش کیفیت زندگی (و مولفه سلامت روان) دانشجویان شده است، با این حال موجب افزایش معنادار مولفه‌های سلامت جسمی، سلامت محیط و روابط اجتماعی نشده است. این یافته با نتایج سیمپسون و همکاران (۲۰۲۳)، رفتار علی آبادی و همکاران (۲۰۲۲)، جعفریان و همکاران (۱۴۰۳) و غیور کاظمی و همکاران (۱۴۰۲) همسو بود. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود کیفیت زندگی می‌توان گفت که این مداخله با تعدیل طرحواره های ناسازگار و آموزش راهبردهای مقابله‌ای ضمن کاهش هیجانات منفی، اثر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی برجای گذاشته است. همچنین با انجام منظم تمرین‌های ذهن آگاهی، تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس و کنترل هیجان ایجاد می‌شود که منجر به کسب مهارت‌های خودگردانی و انعطاف پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا می‌شود و اخذ مهارت‌های لازم برای تغییر چالش‌ها بر اساس ذهن آگاهی، زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی فراهم می‌نماید (مقدس تبریزی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین، در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سلامت روان می‌توان گفت که افزایش آگاهی افراد نسبت به حال (از طریق فنونی مانند توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون) بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود میسازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی می‌شود (ابراهیمی، ۱۴۰۳). بنابراین ارتقاء ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از خود انتقادی و افزایش عاطفه مثبت است. این عوامل باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی و نیز به خودی خود می‌توانند باعث کاهش اضطراب و هیجانات منفی در افراد و افزایش هیجانات و ویژگی‌های مثبت روانشناختی، زمینه را برای بهبود سلامت روان فراهم نماید (جعفریان و همکاران، ۱۴۰۳). در رابطه با عدم اثربخشی معنادار طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه‌های سلامت جسمی، سلامت محیط و روابط اجتماعی می‌توان بیان نمود که فنون طرحواره درمانی و ذهن آگاهی نتوانسته است از طریق افزایش آگاهی و بهبود انعطاف پذیری روان شناختی، به صورت گسترده تر موجب تداوم رفتارهای فرد برای اهدافی ارزشمند چون سلامت جسمی، سلامت محیط و روابط اجتماعی گردد و فقدان هدف گذاری در این زمینه‌ها و عدم تعیین تکالیف و تمرینات برای دسترسی به آن‌ها، نتوانست زمینه را برای افزایش ادراک افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند، فراهم نماید.

علاوه‌براین، نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش خشم دانشجویان شده است. این یافته با نتایج ژانگ و ژانگ[1] (۲۰۲۳)، دلافوئنته-آنونسیبای[2] و همکاران (۲۰۲۱) و حسن زاده و منصوری (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در طول تمرینات ذهن آگاهی، افراد آموزش می‌بینند تا نسبت به خودشان و تجربیاتشان مهربان و دلسوز باشند که آرزوی خوب برای خود داشتن و تصدیق رنج شخصی را دربر می‌گیرد. افراد با یک نگرش دلسوزانه نسبت به خود یاد می‌گیرند تا راحت‌تر احساسات ناخوشایند و هیجانات استرس‌زای خود را تحمل کنند (گرمر[3] و همکاران، ۲۰۱۶). وقتی افراد تحت تاثیر طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها وارد مسیر بی توجهی می‌شوند، احتمالاً دچار واکنش‌های خودآیند، بی تامل و دردسرساز می‌گردند. هدف فرد در چنین مسیری این است که از شر هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و هیجانی ناخوشایند همچون خشم خلاص شود. همراهی تمرینات ذهن آگاهی با طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا وارد مسیر ذهن آگاهی شوند که نتیجه آن کاهش خشم و بروز رفتارهای سالم‌تر کاهش خواهد بود (فن وریسویک و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد آموزش می‌دهد که چگونه با راهبردهای ارضای نیازهای هیجانی و جهت دادن منابع پردازش اطلاعات بر اهداف خنثی توجه کرده و مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا کنند. بنابراین به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه از افزایش یا تداوم احساس خشم جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه شانس گسترش یا تداوم خشم کاهش می‌یابد (اشکانازی و کی[4]، ۲۰۲۳.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری دانشجویان شده است. این یافته با نتایج مائو[5] و همکاران (۲۰۲۳)، لی[6] و همکاران (۲۰۲۲) و باقری و همکاران (۱۴۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود (گا[7] و همکاران، ۲۰۱۸). در این درمان، از یک طرف، فنون شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره‌ها و بهره‌مندی از فنون دیگری همچون تعریف جدید شواهد تائید کننده طرحواره، برقراری گفت‌وگو میان جنبه سالم و ناسالم طرحواره، تدوین کارت‌های آموزشی، علاوه بر افزایش آگاهی، افراد را به این نتیجه می‌رساند که طرحواره غلط است. این فرآیند باعث می‌شود تا شرکت کنندگان از بند پردازش‌های ناکارآمد رهاشده و قادر باشند پردازش‌های شناختی و هیجانی کارآمدتری انجام دهند و از این طریق انعطاف پذیری شناختی بیشتری را از خود بروز دهند (رنر[8] و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، شرکت کنندگان به وسیله‌ی مهارت‌هایی که در طول درمان کسب می‌کنند، ضمن اینکه از تصاویر و افکار نشخوار گونه رها می‌شوند، بلکه از خستگی ذهنی جلوگیری بعمل می‌آورند، همچنین تغییراتی که فنون ذهن آگاهی در افراد ایجاد می‌کند، به عنوان محافظی برای آن‌ها در مقابل افکار پریشان کننده که امکان دارد در آینده دچار آن شوند، عمل می‌کند. چنین مسیری، زمینه را برای ارتقای قدرت انعطاف پذیری روان‌شناختی-شناختی و در نهایت کاهش نشخوار فکری فراهم می‌نماید (ابراهیمی، ۱۴۰۳).

1. Zhang & Zhang
2. de la Fuente-Anuncibay
3. Germer
4. Ashkanasy & Kay
5. Mao
6. Li
7. Gu
8. Renner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

نتایج این مطالعه نشان دهنده اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، خشم و نشخوار فکری در دانشجویان بود. این یافته‌ها برای مشاوران و درمانگران تلویحات کاربردی فراوانی دارد. بر اساس نتایج این مطالعه، به منظور ارتقای توانمندی دانشجویان در سازگاری با بحران‌های دوره دانشجویی و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن در دانشجویان می‌توان از طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنار سایر روش‌های درمانی و آموزشی موثر بهره برد.

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها بود که باید هنگام تفسیر و تعمیم دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش به دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۰ ساله دانشگاه فردوسی مشهد در نیم سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲، تعمیم آن به سایر جوامع باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین با توجه به اینکه نمونه گیری در این پژوهش به صورت هدفمند بود و امکان گزینش تصادفی وجود نداشت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش تصادفی برای گزینش نمونه پژوهش استفاده شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود جلسه‌های پیگیری درمان به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی مدت اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نتایج در مراحل پیگیری کوتاه مدت و بلندمدت بررسی شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از مصاحبه ساختاریافته و مشاهده برای جمع آوری داده‌ها و سنجش متغیرها استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل برسد. در نهایت پیشنهاد می‌شود طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله اثربخش توسط مراکز مشاوره دانشگاه‌ها بکار گرفته شود.

منابع

ابراهیمی جاویدی، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۲۱(۲۵)، ۱۴-۱. http://jnip.ir/article-1-1162-fa.html

اصغری مقدم، م.، حکیمی راد، ا.، و رضازاده، ط. (۱۳۸۷). اعتباریابی مقدماتی نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه حالت-صفت بیان خشم در جمعیت دانشجویی. فصلنامه دانشور رفتار، ۶(۱)، ۳۴-۲۱. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2617.html

باقری شیخانگفشه، ف.، رضازاده خلخالی، ف.، صوابی، و.، ذوالفقارنیا، م.، و میکلانی، ن. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلاء به پرخوری عصبی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۵(۳)، ۴۰-۲۳. https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695

جعفریان، ن.، رضائی، ع.، و ایزدی، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در بیماران مبتلا به ام.اس. *فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲۲(۲)، ۱۵۶-۱۴۳. https://doi.org/10.22070/cpap.2024.18207.1418

حسن زاده، م.، و منصوری، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری در مردان مبتلا به اختلال پرخوری. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۱)، ۸-۱. http://dx.doi.org/10.52547/rbs.20.1.1

عباسی، ر.، و خادملو، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برطرحواره نقص/ شرم، نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرا. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۱)، ۱۴۵-۱۲۷. https://doi.org/10.22051/psy.2018.13131.1304

غیور کاظمی، ف.، شهابی زاده، ف.، صف‌آرا، م.، شهید ثالث، س.، آل‌داوود، س.، حسینی، س.، و زارعی، ا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر آمیختگی شناختی با بیماری و اجتناب بعد از تروما در زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۳۳(۲۲۰)، ۶۵-۵۴. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-18917-fa.html

معنوی پور، د.، و شاه حسینی، آ. (۱۳۹۴). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس نشخوار فکری– تأمل. *فصلنامه شفای خاتم*، ۴(۱)، ۱۶-۷. http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.shefa.4.1.7

مقدس تبریزی، ی.، رجبی، ر.، سبزی، ک.، نبوی، م.، و رستمی، ر. (۱۳۹۵). تأثیر تمرین‌های نوروفیدبک بر تعادل، خستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۷(۴)، ۱۰۰-۸۹. https://doi.org/10.22059/japr.2017.61082

نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکوئی نائینی، ک.، محمد، ک.، و مجدزاده، س. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهنی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱. http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html

Ali, H. T., Helal, A., Ismail, S. M., Hamdi, N. M., Mohamed, N. L., Essa, A. M., ... & Ebada, M. A. (2025). Exploring the Quality of Life of University Students in Egypt: A Cross-Sectional Survey Using the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) Assessment. *American Journal of Health Promotion*, *39*(2), 263-273. https://doi.org/10.1177/08901171241285094

Ashkanasy, N. M., & Kay, A. A. (2023). Mindfulness and emotion: a five-level analysis. *Journal of Management & Organization*, *29*(3), 406-424. https://doi.org/10.1017/jmo.2023.22

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

Chen, S., Wang, X., Liu, Y., Teng, Z., & Luo, Y. (2025). How Does Trait Anger Associate With Aggression Among Chinese College Students? The Role of Anger Rumination and Locus of Control. *Psychology in the Schools*. https://doi.org/10.1002/pits.23386

Courtney, J. B., West, A. B., Russell, M. A., Almeida, D. M., & Conroy, D. E. (2024). College students' day-to-day maladaptive drinking responses to stress severity and stressor-related guilt and anger. *Annals of Behavioral Medicine*, *58*(2), 131-143. https://doi.org/10.1093/abm/kaad065

de la Fuente-Anuncibay, R., González-Barbadillo, Á., Ortega-Sánchez, D., Ordóñez-Camblor, N., & Pizarro-Ruiz, J. P. (2021). Anger Rumination and mindfulness: Mediating effects on forgiveness. *International journal of environmental research and public health*, *18*(5), 2668. https://doi.org/10.3390/ijerph18052668

Dejavitte, R. A. S., Enes, C. C., Kim, H. S., Soares da Silva, L., & Andrade, A. L. M. (2025). Investigating the Links Between Food Addiction, Emotional Dysregulation, Impulsivity and Quality of Life in Brazilian and Canadian College Students: A Network Analysis. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *38*(1), e70006. https://doi.org/10.1111/jhn.70006

Fan Veriswick, M., Bruersen, J., & Scheuring, G. (2014). Attention awareness and schema therapy (practical guide). *New Jersey, US: Wiley & Sons Inc*.

Germer, C., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.). (2016). *Mindfulness and psychotherapy*. Guilford Publications.

Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *Journal of attention disorders*, *22*(4), 388-399. https://doi.org/10.1177/1087054716686183

Karimah, R. N., Destarianto, P., Perwiraningrum, D. A., & Ardianto, E. T. (2025). The QoL of College Students and Its Impact on Stress Level: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Health and Information System*, *2*(3), 125-130. https://doi.org/10.47134/ijhis.v2i3.51

Khoshfetrat, A., Scully, D., & Fassbender, C. (2022). Effects of behavioral inhibition/activation systems on anger rumination and anger expression through Difficulty in Emotion Regulation. *Personality and individual differences*, *191*, 111574. https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111574

Kim, S. (2024). World Health Organization quality of life (WHOQOL) assessment. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 7866-7867). Cham: Springer Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-17299-1_3282

Laitano, H. V., Ely, A., Sordi, A. O., Schuch, F. B., Pechansky, F., Hartmann, T., ... & Kessler, F. H. (2021). Anger and substance abuse: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *44*(1), 103-110. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1133

Larsson, J., Tilton-Weaver, L. C., & Zhao, X. (2024). Anger dysregulation and non-suicidal self-injury during adolescence:A test directionality. *Development and psychopathology*, *36*(4), 1596-1605. https://doi.org/10.1017/s0954579423000858

Li, P., Mao, L., Hu, M., Lu, Z., Yuan, X., Zhang, Y., & Hu, Z. (2022). Mindfulness on rumination in patients with depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of environmental research and public health*, *19*(23), 16101. https://doi.org/10.3390/ijerph192316101

Liu, S., Li, W., Hong, X., Song, M., Liu, F., Guo, Z., & Zhang, L. (2024). Effects of anger and trigger identity on triggered displaced aggression among college students: based on the "kicking the barking dog effect". *BMC psychology*, *12*(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/s40359-024-02118-5

Mao, L., Li, P., Wu, Y., Luo, L., & Hu, M. (2023). The effectiveness of mindfulness-based interventions for ruminative thinking: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *321*, 83-95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.022

Pan, Y., Li, F., Liang, H., Shen, X., Bing, Z., Cheng, L., & Dong, Y. (2024). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Mental Health Psychological Quality of Life University Students: A GRADE-Assessed Systematic. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2024*(1), 8872685. https://doi.org/10.1155/2024/8872685

Pop, G. V., Nechita, D. M., Miu, A. C., & Szentágotai-Tătar, A. (2025). Anger and emotion regulation strategies: a meta-analysis. *Scientific Reports*, *15*(1), 6931. https://doi.org/10.1038/s41598-025-91646-0

Raftar Aliabadi, M. R., & Shareh, H. (2022). Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, *32*(1), 91-103. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1913294

Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *58*, 97-105. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002

Sarkar, C. (2022). Impact of Pranayama on Stress Anger and Quality of Life for College Students. *International Journal Physical Education, Sports Health*, *9*, 104-106. https://doi.org/10.22271/kheljournal.2022.v9.i1b.2349

Simpson, R., Posa, S., Langer, L., Bruno, T., Simpson, S., Lawrence, M., ... & Bayley, M. (2023). A systematic review and meta-analysis exploring the efficacy of mindfulness-based interventions on quality of life in people with multiple sclerosis. *Journal of neurology*, *270*(2), 726-745. https://doi.org/10.1007/s00415-022-11451-x

Spielberger, C. D. (1999). STAXI-2: State-trait anger expression inventory-2: Professional manual. *(No Title)*. https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282273155531392

Szegedi, K., Győri, Z., & Juhász, T. (2024). Factors affecting quality of life and learning-life balance of university students in business higher education. *Humanities and social sciences communications*, *11*(1), 1-10. https://doi.org/10.1057/s41599-024-02603-7

Tamm, G., Koster, E. H., & Hoorelbeke, K. (2024). Multiple paths to rumination within a network analytical framework. *Scientific Reports*, *14*(1), 10874. https://doi.org/10.1038/s41598-024-61469-6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]

Terrell, K. R., Stanton, B. R., Hamadi, H. Y., & Quinn, N. (2024). Exploring life stressors, depression, coping strategies in college students. *Journal of American college health*, *72*(3), 923-932. https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2061311

Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination. *Journal of personality and social psychology*, *76*(2), 284-304. https://doi.org/10.1037//0022-3514.76.2.284

Wen, J., Wang, G., & Miao, M. (2024). The link between anger and reactive aggression: Insights into anger rumination. *Aggressive behavior*, *50*(3), e22157. https://doi.org/10.1002/ab.22157

WHOQoL Group. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. *Geneva: World Health Organization*, 18. https://iris.who.int/handle/10665/63529

Wong, S. M., Chen, E. Y., Lee, M. C., Suen, Y. N., & Hui, C. L. (2023). Rumination as a Transdiagnostic phenomenon in the 21st century: the flow model of rumination. *Brain sciences*, *13*(7), 1041. https://doi.org/10.3390/brainsci13071041

World Health Organization, & World Health Organization. (1996). WHOQOL-Bref: Introduction. *Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment: Field Trial Version*. https://coilink.org/20.500.12592/kkzqj9

Zhang, A., & Zhang, Q. (2023). How could mindfulness-based intervention reduce aggression in adolescent? Mindfulness, emotion dysregulation self-control as mediators. *Current Psychology*, *42*(6), 4483-4497. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01778-5

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.2]