

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی

راحله پسندیده^۱ و خدیجه ابوالمعالی^۲

در پژوهش های روان درمانی، ذهن آگاهی به عنوان یک حالت ارتقا دهنده ی تفکر خود آگاهی برای بهبود بهزیستی در نظر گرفته می شود. ذهن آگاهی، کیفیتی از هشیاری و به معنای توجه هدفمند و بدون قضاوت به لحظه کنونی است که با بسیاری از مولفه های سلامت روان و بهزیستی همراه است. هدف پژوهش حاضر، شناسایی اثرات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه ی گروهی، بر افزایش بهزیستی جامع دختران دبیرستانی شهرستان ورامین در سال ۱۳۹۴ بود. بدین منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل، ۳۰ دانش آموز که از بهزیستی جامع وضعیفی برخوردار بودند، غربال گری شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کرد ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که دو گروه از نظر بهزیستی جامع و ابعاد آن (روان شناختی، اجتماعی و هیجانی) تفاوت معناداری دارند و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش بهزیستی جامع (روان شناختی، اجتماعی و هیجانی) در دختران نوجوان شده است.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بهزیستی جامع

مقدمه

بهزیستی، از طریق شرایط دربردارنده ی روابط فردی حمایت کننده، سلامت مطلوب، امنیت فردی و مالی، مشاغل پاداش دهنده و محیط جذاب و سالم ارتقا پیدا می کند (اداره ی سلامت انگلستان، ۲۰۰۴). از دیدگاه راین و دسی (۲۰۰۱) دو روی آورد اصلی در تعریف بهزیستی، تحت عنوان لذت گرایی و فضیلت گرایی وجود دارد. برابر دانستن بهزیستی با خوشی لذت گرایانه یا شادکامی، پیشینه ای طولانی دارد؛ برای مثال اپیکور (فیلسوف یونانی)، توماس هابز (فیلسوف انگلیسی) و جان استوارت میل معتقد بودند که لذت، هدف اصلی زندگی است. کیز (۱۹۹۸) ابعاد عملیاتی بهزیستی اجتماعی را شامل یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و درک پذیری

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران (نویسنده ی مسول) samaneh.pasandideh@gmail.com

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

اجتماعی می‌داند که انسان به‌عنوان موجودی اجتماعی با آن مواجه است و این ابعاد، نشانگر سلامت روانی فرد است. سلامت روانی کامل، ترکیبی از سطوح بالای نشانه‌های بهزیستی هیجانی- روان‌شناختی، اجتماعی و در عین حال عدم ابتلا به بیماری‌های روانی اخیر را شامل می‌شود. بر این اساس، افرادی که به لحاظ روانی سالم‌اند، علایم سرزندگی هیجانی (شادکامی و رضایت‌مندی بالا) را نشان می‌دهند و از کنش‌وری روان‌شناختی و اجتماعی خوبی برخوردارند. افرادی که از لحاظ روانی ناسالم‌اند و از کنش‌وری روان‌شناختی و اجتماعی مطلوبی برخوردار نیستند، علی‌رغم ابتلا به بیماری روانی، واجد نشانه‌های کنش‌وری روان‌شناختی و اجتماعی بالا یا متوسط نیز هستند، از احساس رضایت‌مندی نسبی برخوردارند و احساس شادکامی می‌کنند (کیز، ۲۰۰۴).

این امکان وجود دارد که برخی افرادی که دچار بیماری روانی نیستند، دارای سطوح پایینی از بهزیستی باشند و کیز، چنین شرایطی را با اصطلاح پژمردگی مشخص می‌کند؛ در مقابل، شرایط کسانی را که دچار بیماری روانی نیستند و در عین حال از سطوح بالایی از بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی برخوردارند، شکوفایی می‌نامد. با توجه به این مطالب، آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌صورت درمان گروهی نقش مهمی در سلامت روانی ایفا کند، مشخصه‌های سلامت روان را که شامل بهزیستی جامع است، افزایش دهد و لزوم آن برای افزایش بهبود زندگی احساس شود. (کیز، ۲۰۰۳؛ جوشن لو، رستمی و نصرت آبادی، ۲۰۱۳). ذهن‌آگاهی^۴ به زبان ساده به‌معنای آگاه‌بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می‌شود. از نظر کابات زین، ذهن‌آگاهی به‌معنای توجه‌کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات زین، ۱۹۹۰). در حال حاضر، ذهن‌آگاهی به‌سرعت یک رویکرد موثر و کارآمد برای مقابله با مشکلات روزافزون است (کاویانی، جواهری و بحیرایی، ۲۰۰۶). اگر از منظر تحقیقات علمی به ذهن‌آگاهی نگاه کنیم، می‌توان گفت که در حال حاضر، بسیاری از روان‌شناسان بالینی از ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک ابزار دارویی بسیار کارآمد برای کاهش استرس و اضطراب استفاده می‌کنند. استفاده از ذهن‌آگاهی و انجام پژوهش در این زمینه در سال‌های اخیر افزایش یافته است. تحقیقات روزافزون حکایت از مفیدبودن ذهن‌آگاهی در مواردی همچون درد مزمن (لی، باون و مارلات، ۲۰۰۵)؛ اختلال استرس پس از ضربه (اسمیت، اوریتز، استفن، تولی و همکاران، ۲۰۱۱)؛ کاهش رفتارهای اعتیادی (گارلند، ۲۰۱۱)؛ بهبود ناهنجاری‌های رفتاری مثل پرخاشگری و سو مصرف مواد (واپرمن، مارلات، کانینگهام، بوون و همکاران، ۲۰۱۲)؛ کاهش تکانشگری (مورفی و مک کیلوپ، ۲۰۱۲)؛ تعدیل اضطراب اجتماعی (اشمرت، ماسودا و اندرسون، ۲۰۱۲)؛ کاهش نشخوار فکری و

افسردگی (مک کیم، ۲۰۰۸)؛ درمان افسردگی و مولفه‌های مرتبط با آن از جمله خلق منفی، افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودکشی (آذرگون، کجباف، مولوی و عابدی، ۲۰۰۹)، کاهش افسردگی و اضطراب (دهستانی، ۲۰۱۵) است. از آنجایی که ذهن آگاهی در حوزه ی روان‌شناسی مثبت‌گرا نیز تاثیرات قابل ملاحظه‌ای داشته است؛ مانند افزایش وضوح ذهنی و سلامت روان، افزایش رضایت زناشویی (رجبی و ستوده ناورودی، ۲۰۱۱)، بهزیستی ذهنی و امید به زندگی (سیندر و لوپز، ۲۰۰۱)، افزایش رضایتمندی از خود (ملیانی، الهیاری، آزاد فلاح، فتحی آشتیانی و همکاران، ۲۰۱۵) در این پژوهش به دنبال آن بودیم که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش بهزیستی دختران نوجوان می شود؟

روش

روش انجام پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. برای انجام این پژوهش، ابتدا ۸۰ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان ورامین به شیوه ی در دسترس انتخاب شدند و با پرسشنامه ی بهزیستی جامع مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس ۳۰ نفر که کمترین نمرات را در بهزیستی جامع داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش کاربندی شدند. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای، تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفت ولی گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. گروهها قبل و بعد از مداخله با پرسشنامه ی سنجش بهزیستی جامع، شامل پرسشنامه ی بهزیستی روان شناختی ریف^۱ (۱۹۸۹)، پرسشنامه ی بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و پرسشنامه ی بهزیستی هیجانی کیز (۱۹۹۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور سنجش بهزیستی روان شناختی، از فرم کوتاه شده بهزیستی روان شناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شده است که براساس مقیاس ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالف تا کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود و مشتمل بر ۱۸ ماده برای سنجش ۶ بعد بهزیستی شامل پذیرش خود، رابطه ی مثبت با دیگران، خود مختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. نمره ی بالا بیانگر بهزیستی روانشناختی بالاتر است. اعتبار و پایایی بهزیستی روان شناختی در ایران مورد تایید قرار گرفته است (جوشن‌لو، رستمی، نصرت آبادی، ۲۰۱۳).

به منظور سنجش بهزیستی اجتماعی، از فرم کوتاه پرسشنامه ی بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸) استفاده شده که براساس مقیاس ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالف تا کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود و ۱۵ ماده

برای سنجش ۵ بعد بهزیستی اجتماعی شامل یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و درک پذیری اجتماعی دارد (کیز، ۱۹۹۸). اعتبار و پایایی بهزیستی اجتماعی در پژوهش های داخلی به تایید رسیده است (جوشن لو، رستمی، نصرت آبادی، ۲۰۱۳). به منظور سنجش بهزیستی هیجانی نیز، از مقیاس ۶ ماده ای عواطف مثبت استفاده شد. این مقیاس نیز با فهرستی از ۶ نشانه ی عاطفه ی مثبت در قالب ۶ سوال از پاسخ دهندگان می خواهد تا با انتخاب یکی از اعداد ۱ تا ۵ مشخص کنند که هر یک از ۶ نشانه ی فهرست شده را در طول ۳۰ روز گذشته به چه میزان تجربه کرده اند. اعتبار و پایایی بهزیستی اجتماعی در پژوهش های داخلی به تایید رسیده است (جوشن لو، رستمی، نصرت آبادی، ۲۰۱۳).

شیوه ی اجرا

برنامه آموزشی پژوهش حاضر، در جلسات ۹۰ دقیقه ای برای ۸ هفته بر اساس محتوای باون چاولا و مارلات (۲۰۱۱)؛ از آقاییوسفی، اورکی، زارع و ایمانی، (۲۰۱۳) تنظیم شد. در جدول ۱ این مراحل به اختصار بیان شده است.

جدول ۱. خلاصه ی محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT)

موضوعات جلسات

- | | |
|---|--|
| ۱ | مرحله اول: معرفی شرکت کنندگان؛ مرحله دوم؛ ۱. شرح مختصری از ۸ جلسه. ۲. انجام مدیتیشن های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن ها. ۳. تکلیف خانگی: پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته اند در مورد مسواک زدن یا سستن ظروف. |
| ۲ | ۱. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ ۲. بحث در مورد تکلیف خانگی، موانع تمرین و راه حل های برنامه ی ذهن آگاهی برای آن؛ ۳. بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ ۴. انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ ۵. تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره. |
| ۳ | ۱. تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شود به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ ۲. مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۳. بحث در مورد تکالیف خانگی، تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه ی انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ ۴. انجام یکی از تمرینهای حرکات ذهن آگاه؛ ۵- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند. |
| ۴ | ۱. مدیتیشن نشسته با توجه به تنفس، صدای بدن و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی)؛ ۲- بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیتهای دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین؛ ۳- تمرین قدم زدن ذهن آگاه؛ ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای |

- ۵ ۱. انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲. آرایه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ ۳. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
- ۶ ۱. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه های دوتایی؛ ۳. آرایه ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثرا واقعی نیستند؛ ۴. چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۱ ساعت، بی درپی آرایه شد؛ ۵. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
- ۷ ۱. مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود؛ ۲. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ۳. آرایه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می کنند کدامیک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای جدید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ ۴. فضای تنفسی سه دقیقه ای؛ ۵. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید.
- ۸ ۱. اسکن؛ ۲. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته اید؛ ۳. تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای؛ ۴. بحث در مورد روشهای کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ ۵. مطرح شدن سولاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می کنند مهارت های مقابل شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین های مدیتیشن شان را ادامه دهند.

با توجه به این موضوع که پژوهش حاضر سه متغیر وابسته داشت، برای آزمون فرضیه ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد و مفروضه های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس های خطای متغیرهای پس آزمون در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. بنابراین مفروضه برابری واریانس های خطا در دو گروه نیز در بین داده های پس آزمون برقرار است. داده ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۲، مولفه های توصیفی متغیرهای در دو گروه آزمایش و کنترل آرایه شده است: به دنبال اجرای تحلیل MANCOVA، ارزیابی آماره ام. باکس نشان داد که مفروضه برابری ماتریس های کوواریانس مشاهده شده ی متغیرهای وابسته^۱ در بین گروه ها برقرار نیست ($F = 3/042$, $P < 0/01$, $M\ Box = 20/674$). براساس دیدگاه تاباچینگ و فیدل (۲۰۰۷) با توجه به برابری حجم نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل، عدم برقراری این مفروضه نتایج تحلیل را بی اعتبار نمی سازد. همچنین نتیجه آزمون کرویت بارتلت در سطح ۰/۰۱ معنادار بود

اثر اجرای متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته در پژوهش حاضر است. $(\chi^2(9)=82/453, P < 0/01)$. این نتایج بیانگر آن است که MANCOVA روش مناسبی برای ارزیابی

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش و پس از آزمون

متغیرها						گروهها	آزمون
بهبودی هیجانی		بهبودی اجتماعی		بهبودی روان شناختی			
sd	M	Sd	M	Sd	M		
۱/۲۳	۱۱/۳۳	۵/۵۹	۴۹/۰۶	۴/۰۵	۶۰/۳۳	پیش آزمون	آزمایش
۱/۹۴	۱۷/۲۶	۷	۶۵/۳۳	۱۰/۴۹	۷۹/۴۶	پس آزمون	
۲/۱۲	۱۱/۲۷	۸/۴۲	۴۷/۸۶	۶/۹۷	۶۱/۲۶	پیش آزمون	کنترل
۱/۳۵	۱۱/۴۶	۶/۵۵	۴۶/۵۳	۵/۵۲	۵۹/۱۳	پس آزمون	

به دنبال اجرای تحلیل MANCOVA، ارزیابی آماره ام. باکس نشان داد که مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده ی متغیرهای وابسته^۱ در بین گروه ها برقرار نیست $(M\ Box= 20/674, F= 3/042, P < 0/01)$. براساس دیدگاه تاباچینگ و فیدل (۲۰۰۷) با توجه به برابری حجم نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل، عدم برقراری این مفروضه نتایج تحلیل را بی اعتبار نمی‌سازد. همچنین نتیجه آزمون کرویت بارلت در سطح ۰/۰۱ معنادار بود $(\chi^2(9)=82/453, P < 0/01)$. این نتایج بیانگر آن است که MANCOVA روش مناسبی برای ارزیابی اثر اجرای متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته در پژوهش حاضر است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس یک متغیره در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	MS بین گروهی	df	MS خطا	F	df	partial η^2
بهبودی روان شناختی	۳۲۴۹/۲۹۶	۱	۴۹/۵۴۹	۶۵/۵۷۷	۱	۰/۷۲۴
بهبودی اجتماعی	۲۵۳۳/۴۰۵	۱	۴۶/۸۲۱	۵۴/۱۰۸	۱	۰/۶۸۴
بهبودی هیجانی	۲۵۱/۲۴۹	۱	۳/۰۶۸	۸۱/۸۸۲	۱	۰/۷۶۶

ارزیابی نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته (بهبودی روان شناختی، بهبود اجتماعی و بهبود هیجانی) به صورت معناداری در دو گروه آزمایش و

1. variables observed covariance matrices of the dependent

2. Pillais Trace

کنترل متفاوت است ($\eta^2 \text{ partial} = 0/794$ ، اثر پیلایی^۲، $P < 0/001$ ، $F(3 \text{ و } 23) = 29/488$). به همین دلیل نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه مورد ارزیابی قرار گرفت تا اثر متغیر مستقل بر هر یک از سطوح متغیرهای وابسته به صورت مجزا مشخص شود. جدول ۳، تحلیل کوواریانس یک راهه در مقایسه ی بهزیستی روان شناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. می توان گفت که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی ($\Delta \bar{x} = 21$ ، $F = 65/577$)، بهزیستی اجتماعی ($\Delta \bar{x} = 18/5$ ، $F = 54/108$) و بهزیستی هیجانی ($\Delta \bar{x} = 5/84$ ، $F = 81/822$) تاثیر گذار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، دریافتیم که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، منجر به افزایش بهزیستی روان شناختی اجتماعی و هیجانی در دختران دانش آموز می شود. یافته های پژوهش حاضر با پژوهش آقا یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی (۲۰۱۳)، بیرامی، موحدی و علیزاده گوردال (۲۰۱۵) و احمدوند حیدریان نصب و شعیری (۲۰۱۲) همسو است. در تحقیقات مختلف بر جمعیت بزرگسال نیز مفید بودن این روش درمانی در حیطه های گوناگونی همچون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهارتهای تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری (مورفی و مک کیلوپ، ۲۰۱۲)، کاهش نشخوار فکری و افسردگی (مک کیم، ۲۰۰۸)، استرس، اضطراب و افسردگی (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲) تایید شده است.

این مطالعه با پژوهشهایی درباره ی رابطه ی ذهن آگاهی و آسفتگی روان شناختی و استرس (کارمودی و بایر، ۲۰۰۷)، احتمال عود افسردگی (سندرس و لم، ۲۰۱۰)، روان رنجور خویی و اضطراب (براون و ریان، ۲۰۰۳)، بهزیستی (کارمودی و بایر، ۲۰۰۷)، توانایی سازش و عملکرد هیجانی (گاردنر، ۲۰۰۹)، بررسی نقش ذهن آگاهی در بهزیستی روان شناختی (براون و ریان، ۲۰۰۳) و ارتباط بررسی نقش ذهن آگاهی و بهزیستی هیجانی، روان شناختی و اجتماعی (هوول، دیگدون و بورو، ۲۰۱۰) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که ذهن آگاهی، هشپاری غیر قضاوتی و غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در یک لحظه ی خاص در محدوده ی توجه یک فرد قرار دارد و علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می شود و افزایش ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و روان شناختی با توجه به مولفه های پذیرش، درک پذیری و رشد شخصی موثر است و به فرد این امکان را می دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیر ارادی و بی تامل پاسخ دهد با تفکر و تامل پاسخ دهد (امانویل،

آپدیگراف، کالمبک و کیسلا، ۲۰۱۰) و آنها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره (واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱؛ زیدان، گوردون، مرچنت و گلکاسیان، ۲۰۱۰) توانا تر سازد. مطالعات متعدد نمایانگر تاثیر ذهن آگاهی افزایش یافته در بهزیستی روان شناختی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی است زیرا در نتیجه ی افزایش بهزیستی، اضطراب، افسردگی، عاطفه ی منفی و نشانه های روان شناختی کاهش یافته و عزت نفس، خوشبینی و عاطفه ی مثبت افزایش می یابد. نتایج مطالعه ی حاضر نشان می دهد که می توان با افزایش ذهن آگاهی افراد، بهزیستی روان شناختی آنها را افزایش داد.

مطالعات مختلف بروان و ریان (۲۰۰۳) و بایر (۲۰۰۳) نیز همبستگی مثبت و معناداری بین ذهن آگاهی و رضایت از زندگی به دست آوردند؛ در نتیجه می توان گفت که افزایش ذهن آگاهی با کاهش نشانه های منفی روان شناختی و عاطفه ی منفی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی، شادی و خوشبینی و بهزیستی روان شناختی و هیجانی همراه است. آموزش ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تاثیر می گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش های ناکارآمد در افراد می شود. همچنین افراد را متوجه افکار زاید خود می سازد و مجدداً افکار آن ها را به سایر جنبه های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می شود (تیزدل، سگال، و ویلیامز، ۱۹۹۵؛ بیرامی، موحدی و علیزاده گوردال، ۲۰۱۵) که این تغییرات مثبت در افراد باعث افزایش بهزیستی جامع می شود. در اصل، به طور نظری ذهن آگاهی می تواند اثر پیشگیرانه ی درمان را افزایش دهد و با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه ی پیشگیرانه ی درمان را افزایش دهد (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲؛ کاویانی، جواهری و بحیرایی، ۲۰۰۶). بروان و ریان (۲۰۰۳) در مطالعه ای به بررسی نقش ذهن آگاهی در بهزیستی روان شناختی پرداختند که نتایج مطالعه ی آنها نشان داد افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان شناختی همراه است. همچنین مداخله ی بالینی روی بیماران سرطانی نشان داد که افزایش ذهن آگاهی با کاهش آشفتگی خلقی و تیدگی در آنها همراه است. مورونه، لینچ، گریکو، تیندل و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه ی خود روی بیماران با درد مزمن دریافتند که تمرین ذهن آگاهی اثرات مثبتی روی درد، توجه و مسایل خواب دارد. همچنین نتیجه مطالعه آنها نشان داد که تمرین ذهن آگاهی باعث رشد بهزیستی روان شناختی در افراد می شود که این امر تاثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد. در حقیقت آنها دریافتند که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان شناختی و بهزیستی جسمانی

همراه است (احمدوند، حیدری نصب و شعیری، ۲۰۱۲).

References:

- Aghabagheri, H., Mohammadkhani, P., Omrani, S., & Farahmand, V. (2012). Effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy in increasing the hope and mental well-being of patients with M.S. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 23- 31. (Persian)
- Ahga Usefi, A., Oraki, M., Zare, M., & Imani, S. (2013). Effectiveness of mindfulness in decreasing stress, anxiety and depression among the substance abusers. *Journal of thoughts and behavior*, 26, 17-26.(Persian)
- Ahmadvand, Z., Heydarynasab, L. , & Shaeiri, M. R.(2012). Prediction of psychological well-being based on the comonents of mindfulness. *Journal of Scientific reaserch*. Health psychology, 20,1-10. (Persian)
- Azargoon, H., Kajbaf, M.B., Molavi, H., & Abedi, M. (2009). Effectiveness of mindfulness training in reducing rumination and depression in university students. *Daneshvar Raftar*, 34,13- 20.(Persian)
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 125-143.
- Bayrami, M., Movahedi, Y., & Alizade goradel, J. (2015). Effectiveness of cognition based – mindfulness therapy on the reduction of social anxiety and dysfunctional attitudes adolescents. *Journal of social cognition*, 1,41-52.(Persian)
- Bowns., C. N., & Marlatt, G. A.(2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. New York :Guilford press.
- Brown, K.W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing, *Journal of personality and Social psychology*, 84, 822- 848.
- Carmody, J., & Bear, R. A. (2007). Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program, *Behav Med*, 31, 23-33.
- Dehestani, M. (2015). The effective of mindfulness-based reduction program on depression, anxiety and depression of female students. *Journal of thoughts and behavior*, 37, 37-46. (Persian)
- Department of Health. (2004). *At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and it's relationship to health*. London: Department of Health.
- Emanuel, A. S., Updegraff, J. A., Kalmbach, A. D., & Ciesla, J. A. (2010).The role of mindfulness facets in affective forecasting, *Journal of Personality and Individual differences*, 49, 815-818.
- Garland, E. L. (2011). Trait Mindfulness Predicts Attentional and Autonomic Regulation of Alcohol Cue-Reactivity, *Journal of Psychophysiology*, 25(4): 180-189.
- Gardner Nix, J. (2009). Mindfulness-based Stress reduction for chronic pain management. In: Didonna F, Editor, *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer, 369- 81.
- Howell, A. J., Digdon, N., & Buro, K. (2010).Mindfulness predicts sleep-related selfregulation and well-being, *Journal of Personality and Individual Differences*, 48, 419-424.
- Joshanlu, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2013). Study of the comprehensive well-being scale factor. *Comperhensive human sciences portal*, 1-18. (Persian)
- Kabat-Zin, J. (1990). *Full catastrophe living :Using the Wisdom of your body and Mind to face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness- Based Interventions in context Past Present and Future, *Clinical Psychology Science and practice*, 2, 144-156.
- Kaviani, H., Hatami, N., & SHafiabadi, A. (2014). The effectiveness of mindfulness-besed cognitive therapy on quality of life people with depression, *Journal of cognitive science news*, 1, 39-48. (Persian)
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Boheiraei, H. (2006). Effectiveness of mindfulness-besed cognitive therapy in reducing negative automatic thoughts inefficient attitudes, depression and anxiety day fallow –up-60, *Journal of cognitive science news*,1,49-59.(Persian)
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 2, 121-140.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum From languishing to flourishing in life, *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Keyes, C.L.M. (2003). *Complete mental health: An agenda for the 21st century*. Ryff & Ronald Publication .
- Keyes, C.L.M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender, *Aging and Mental Health*, 8, 266-274.
- Keyes, C.L.M., & Lopez, S.(2002). Toward a Science of Mental Health:Positive Direction in Diagnosis and Interventions.In Snyder.C. R. , & Lopez , S(Eds.). *The Handbook of positive Psychology*, 45-59. New York : Oxford University press.

- Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G.A. (2005). Spirituality mindfulness and substance abuse, *Addictive Behaviors*, 30(7):1335-1341.
- Linehan, M. M.(1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.press.
- Mckim, R. D.(2008). Rumination as a mediator of the effects of mindfulness: Mindfulness-based stress reduction (MBSR) with a heterogeneous community sample experiencing anxiety, depression, and/or chronic pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 68(11-B), 7673.
- Melyani, M., Allahyari, A., Azad Falah, P., Fathi Ashtiani, A., & et al.(2015). Mindfulness based cognitive behavioral therapy in cognitive reactivity and self-compassion in females with recurrent depression with residual symptoms, *The Journal of psychology*, 18.393-407.(Persian)
- Morone, N. E., Lynch, Ch.S., Greco, C.M., Tindle, H. A., & et al. (2008). I Felt Like a New Person The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic pain Qualitative Narrative Analysis of diary entries, *The Journal of pain*, 9, 841-848.
- Murphy, C., & MacKillop, J.(2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse, *Psychopharmacology*, 219(2): 527-536.
- Rajabi, G., & Sotude Navroudi, A. (2011). The impact of mindfulness-based cognitive group therapy on reducing depression and increasing marital satisfaction in married women. *Journal of Gilan University of Medical Sciences*, 80, 83- 91. (Persian)
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials A review of research on hedonic and eudaimonic well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sanderse, W.A., & Lam, D. H. (2010). Ruminative and mindful self- focused processing modes and their impact on problem solving in dysphoric individuals, *Behavior Research and Therapy*, 48, 747-753.
- Sarmad, Z., Bazargan, A., & Hejazi, E.(2012). *Research methods in the behavioral sciences*. Tehran:Agah publishing. (Persian)
- Schmertz, S.K., Masuda, A., & Anderson, P.L.(2012). Cognitive Processes Mediate the Relation Between Mindfulness and Social Anxiety Within a Clinical Sample, *Journal of Clinical Psychology*, 68(3): 362-371.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanism of mindfulness, *Journal of Clinical psychology*, 62, 373-386.
- Siegel, R. D. (2010). *The mindfulness Solution every day practices for every day problems*. New York:Guilford.
- Smith, B.W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., & et al. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5): 613-617.
- Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2001). *Handbook of Positive Psychology*. US: Oxford University Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics (5 rd ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Williams, M.G. (1995). "How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control mindfulness training help?. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Walker, L., & Colosimo, K.(2011). Mindfulness,self-compassion and happiness in non-meditators A theoretical and empirical examination, *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Williams, M., & Penman, D.(2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus.co.uk.
- Wupperman, P., Marlatt, G.A., Cunningham, A., Bowen, S., & et al.(2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women, *Journal of Clinical Psychology*, 68(1): 50-66.
- Zeidan, F., Gordon, N. S., Merchant, J., & Goolkasian, P.(2010). The effect of brief mindfulness meditation training on experimentally induced Pain, *Journal of Pain*, 3, 199-209.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 10 (No. 41), pp.7-16, 2016

The Effectiveness of Mindful Cognitive therapy on enhancement of overall well-being

Pasandideh, Raheleh

Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran

Abolmaaly, Khadijeh

Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran

Received: Feb 04, 2016

Accepted: Feb 29, 2016

In psychotherapy research, mindfulness has been conceptualized as a facilitator to enhance self-awareness thoughts in order to promote overall well-being. Mindfulness is a quality of consciousness that is targeted to paying attention to the present moment without judgment, and is related to many components of psychological health and well-being. The aim of this research is to identify the effect of mindfulness-based cognitive group therapy on improving overall well-being among high school female students in Varamin County in year 1394. For this purpose, in a semi-experimental study with pretest – posttest, and control group, 30 students who were identified as having poor overall well-being were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received mindfulness-based cognitive therapy for eight ninety-minutes sessions and the control group did not receive any treatment. Data analyzing using multivariate analysis of covariance showed that there is significant difference between overall well being and its components (psychological, social, and emotional) in experimental and control groups ($p < 0/01$), and that mindfulness-based cognitive therapy could promote overall well being among high school female students.

Keywords: Mindfulness-based Cognitive Therapy, Overall well-being, Psychological, Social, Emotional Well-being.

Electronic mail may be sent to: samaneh.pasandideh@gmail.com