

## تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبکهای اسنادی دانش آموزان

دکتر فریده حمیدی<sup>۱</sup>

هانیه جلیلیان<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبکهای اسنادی دانش آموزان بود. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانش‌آموزان دختر سال سوم دبیرستان مریم خرمشهر بوده که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بوده‌اند. آزمودنیهای پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز دختر بود که از میان دانش‌آموزان دبیرستان مریم خرمشهر به صورت تصادفی ساده، انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه سبک اسنادی سلینگمن (۱۹۸۴) استفاده شده است. همچنین گروه آزمایش تحت تأثیر پروتکل درمانی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی هشت جلسه نمود دقیقه‌ای در دو ماه قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روشهای آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار و واریانس) و در بعد استنباطی از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است. نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درماندگی آموخته‌شده دانش‌آموزان مؤثر بوده است، به طوری که سبب افزایش سبک اسناد رویدادهای منفی و مثبت دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ( $p \leq 0/05$ ). بنابراین تمرینهای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات دانش آموزان و نیز عملکرد آنها تأثیری مثبت دارد. از این رو پیشنهاد می‌شود که کارگاههای آموزشی ذهن آگاهی و دوره‌های ضمن خدمت برای معلمان و مشاوران جهت آشنایی با ذهن آگاهی و اجرای هر چه بهتر آن در مدارس و مراکز مشاوره وابسته به آموزش و پرورش برگزار شود.

کلیدواژگان: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درماندگی آموخته‌شده، سبکهای اسنادی، دانش‌آموزان

تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۶/۲/۲۴

fhamidi@sru.ac.ir

۱. دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی (نویسنده مسئول)

Haniejalilian302@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی

## مقدمه

از مباحث اساسی که در حوزه‌های تعلیم و تربیت و روان‌شناسی مطرح می‌شود، توانایی دانش‌آموزان در توجیه موفقیت و شکست خود است. دانش‌آموزان برای موفقیتها و شکستهای خود عللی را در نظر می‌گیرند و با توجه به آنها واکنش عاطفی نشان می‌دهند. برخی، موفقیت را به عوامل درونی و شکست را به عوامل بیرونی نسبت می‌دهند. درماندگی آموخته‌شده<sup>۱</sup> به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن فرد به این باور می‌رسد که نمی‌تواند کاری انجام دهد تا یک موقعیت آزارنده را برطرف سازد یا از آن اجتناب کند و این امر به موقعیت‌های دیگر تعمیم می‌یابد؛ بنابراین، درماندگی آموخته‌شده به خودی خود از یک تجربه ناگوار ناشی نمی‌شود، بلکه از ناتوانی یا ناتوانی تصویری فرد در این باره که کاری از او ساخته نیست ناشی می‌شود. (السون<sup>۲</sup> و هرگنهان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). اگر دانش‌آموز به این باور برسد که هیچ کاری از دستش بر نمی‌آید تا موقعیت ناگوارش را تغییر دهد، حالت او را درماندگی آموخته‌شده می‌نامند و می‌توان وضعیت را این‌گونه توصیف کرد که شخص واقعاً ممکن است که در یک موقعیت ناراحت‌کننده قرار داشته و هیچیک از اعمال او نتوانسته است موقعیتش را تغییر دهد. در نتیجه از تلاش بازمانده و به این باور رسیده است که هیچ کاری از وی ساخته نیست. در چنین فرایندی، دانش‌آموز اطمینان خود را از دست می‌دهد و به ناتوانی خود اذعان می‌کند و توان حرکت و خلاقیت از او سلب و به موجودی بی‌تحرک، خنثی و فاقد معیار و ارزش تبدیل می‌شود، اما اگر شرایط تغییر کند و شخص بتواند با انجام دادن کاری موفقیت ناگوارش را تغییر دهد، این باور که کاری از او ساخته نیست باور غلطی خواهد بود (روزنهان<sup>۴</sup> و سلیگمن<sup>۵</sup>، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

سلیگمن در زمینه شکست تحصیلی، به درماندگی آموخته‌شده اشاره می‌کند. وی معتقد است که علت شکست تحصیلی این است که دانش‌آموز، درماندگی را یاد گرفته است، یعنی به این نتیجه رسیده که ناتوان است. سلیگمن معتقد است که دانش‌آموزان ناموفق برداشت منفی از خود دارند و همان برداشت منفی ممکن است درباره توانایی آنها باشد. شاید این دانش‌آموزان تلاش اندکی داشته‌اند ولی چون تلاششان بی‌ثمر بوده و نتوانسته‌اند با کوشش خود به موفقیت دست بیابند، به این نتیجه رسیده‌اند که ناتوان‌اند و این برداشت آنان منجر به عدم تلاش شده است. زمانی که معلم

- 
1. Learned helplessness
  2. Olson
  3. Hergenhahn
  4. Rosenhan
  5. Seligman

یا والدین از دانش آموز ضعیف مطلبی را می پرسند و او در پاسخ گویی ناتوان می ماند و این عمل تکرار می شود، کم کم دانش آموز به این نتیجه می رسد که تلاش وی ثمری ندارد و حتی ممکن است با خود بگوید «من یاد نمی گیرم» و همین تلقین، عزت نفس دانش آموز را پایین می آورد و عقیده «من ناتوانم» یا «من یاد نمی گیرم» را در او تقویت می کند. زمانی که این عقیده در دانش آموزان ثابت شد دیگر نمی توان از آنان انتظار یادگیری داشت (سیف، ۱۳۹۲).

درماندگی به طور معناداری عملکرد شناختی را کاهش می دهد و فعالیت ساختارهای مرتبط با اضطراب/ترس را فعال می کند. به طور کلی، خستگی شناختی<sup>۱</sup> درباره درماندگی به این موضوع اشاره دارد که مواجهه با رویدادهای غیرقابل کنترل مواردی چون کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه و بازداری پردازش اطلاعات و در نتیجه در بیشتر موارد مشکلات تحصیلی بسیار را در پی خواهد داشت (الیس و کناس<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷).

در نظریه آبرامسون<sup>۳</sup>، سلینگمن و تیزدیل<sup>۴</sup> (۱۹۷۸)، میزان درماندگی شخص را پیامدهای غیرقابل کنترل معین نمی کنند، بلکه تبیینهای عملی فرد تعیین کننده رفتار و انتظارات بعدی او هستند. به عبارت دیگر، هنگام برخورد با وقایع غیرقابل کنترل، نحوه تبیین فرد از واقعه و اسناد علی او، واکنش وی را نسبت به آن واقعه مشخص می سازد. آنها معتقدند که تبیینهای علی افراد از یک حادثه حول سه محور اصلی می چرخند: الف) درونی - بیرونی<sup>۵</sup>، ب) پایدار - ناپایدار<sup>۶</sup>، ج) کلی «همه شمول» - اختصاصی<sup>۷</sup> (آبرامسون و همکاران، ۱۹۷۸).

بعد درونی - بیرونی باورها، عزت نفس را تحت تأثیر قرار می دهد. اگر شخص حادثه ناخوشایند را به عاملی درونی نسبت دهد احتمال بیشتری برای کاهش عزت نفس وجود دارد و اگر آن را با یک عامل بیرونی تبیین کند، احتمال فوق کمتر می شود. پایدار بودن باورهای علی، سبب مزمن شدن درماندگی پس از حوادث ناگوار می شود. اگر حادثه ای ناگوار به علتی پایدار نسبت داده شود واکنشهای درماندگی متعاقب آن گرایش به تداوم دارند، اما اگر حادثه مذکور با یک عامل گذرا توضیح داده شود، واکنشهای درماندگی نیز کوتاه مدت خواهند بود. سرانجام کلی بودن باورهای علی بر گسترش نقایص متعاقب حوادث بد تأثیر می گذارد. اگر شخص معتقد باشد که یک عامل

1. Cognitive fatigue
2. Ellis & Knaus
3. Abramson
4. Teasdale
5. Internal-External
6. Stable-Unstable
7. Global-Specific

کلی و فراگیر حادثه ناخوشایند را به وجود آورده است، نقایص مبتنی بر درماندگی در موقعیتهای متعدد رخ خواهد داد، اما اگر شخص باور داشته باشد که یک عامل خاص علت حادثه است نارساییها و مشکلات بعدی محدود خواهند بود (کریمی، ۱۳۸۹).

طیف گسترده ای از مطالعات انجام شده در سالهای گذشته نشان می دهد که سبکهای اسنادی و درک میزان کنترل انسانها بر اعمالشان، عوامل اثرگذار و با اهمیتی برای سلامت جسمانی و روانی آنان است. در این چارچوب، ذهن آگاهی فرایندی است که به ترویج انعطاف پذیری به اقتضائات محیطی و سلامت روان افراد می انجامد (لدریک و گانا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ پانیینی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ کوری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ پانیینی و همکاران، ۲۰۱۵).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۴</sup> به منزله یکی از درمانهای شناختی رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می شود. ذهن آگاهی نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیینهای مذهبی شرقی، به ویژه آیین بودا دارد (اوست<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). کابات-زین<sup>۶</sup>، ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف کرده است (سیگال<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی<sup>۸</sup> کابات-زین اقتباس و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مراقبه های گوناگون، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط میان خلق، افکار، احساس و حسهای بدنی را نشان می دهد. همه این تمرینها به نوعی توجه به موقعیتهای بدنی و پیرامون را در لحظه حال میسر می سازد و پردازشهای خودکار اضطراب و افسردگی را کاهش می دهد (کاوایانی و همکاران، ۲۰۰۵). مراقبه ذهن آگاهی موجب فعال شدن ناحیه ای از مغز می شود که سبب ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می شود (دیویدسون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی<sup>۱۰</sup>، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون

1. Ledrich & Gana
2. Pagnini
3. Khoury
4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
5. Ost
6. Kabat-Zinn
7. Segal
8. Mindfulness-Based Stress Reduction
9. Davidson
10. Desensitization

داوری، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرایندها می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش دهد و به پیشگیری از عود مصرف مواد یاری رساند (برزلین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

همچنین مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی مانند کاهش درد (کابات- زین، ۲۰۰۳)، اضطراب و افسردگی (کابات- زین و همکاران، ۱۹۹۲) و استرس (اسپسا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) ارتباط دارد. مطالعه کابات - زین (۲۰۰۳) نشان داد که درمان با ذهن آگاهی در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و افسردگی بیماران جسمی موثر است (کابات- زین، ۲۰۰۳). تحقیقات دیگر نشان داده است که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه مدت آن، افسردگی را کاهش می‌دهد (زیدان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی بیماران تأثیر می‌گذارد (بولمایر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش عزت‌نفس می‌انجامد (گلدین و گروس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). بر اساس مطالعات پیشین، آموزش ذهن آگاهی، سبب کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی می‌شود (ایوانز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳) و از عود افسردگی و اضطراب پیشگیری می‌کند (کاوایانی و همکاران، ۲۰۰۸).

همچنین پژوهشهای کیسا<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۵) در بیماران مبتلا به افسردگی؛ مطالعه کرین<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در مورد تأثیر پیوستگی میان تمرینات خانگی ذهن آگاهی و پیامدهای آن در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ پژوهش گادفرین و ون‌هرینگن<sup>۹</sup> (۲۰۱۰) در بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در عود افسردگی شرکت کنندگان و همچنین بررسی خلق و خو و کیفیت زندگی آنان و نیز پژوهش بارنهوفر<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۰۹) به بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (ترکیبی از مدیتیشن و مداخلات برگرفته از درمان شناختی) در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن پرداخته‌اند. با توجه به اینکه در همه پژوهشهای انجام شده تا به حال، تأثیر

1. Breslin
2. Speca
3. Zeidan
4. Bohlmeijer
5. Goldin & Gross
6. Evans
7. Chiesa
8. Crane
9. Godfrin & van Heeringen
10. Barnhofer

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبکهای اسنادی و درماندگی آموخته شده مورد بررسی قرار نگرفته است، از این رو براساس مبانی نظری و پژوهشی، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مشاوره گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبکهای اسنادی و نیز درماندگی آموخته شده دانش‌آموزان دختر نوجوان است.

## روش

تحقیق حاضر پژوهشی از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش است.

## جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش همه دانش‌آموزان دختر سال سوم دبیرستان روزانه دولتی مریم در شهر خرمشهر بوده است که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ دانش‌آموز دختر بود که به صورت تصادفی انتخاب شدند. از میان پایه‌های تحصیلی، سال سوم و سپس دو کلاس از سه کلاس رشته انسانی بصورت تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب گردید و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

## ابزار پژوهش

**پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن<sup>۱</sup>:** برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن استفاده شده است. پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن را در سال ۱۹۸۲ پیترسون<sup>۲</sup>، سمل<sup>۳</sup>، فن‌بایر<sup>۴</sup>، آبرامسون، متالسکی<sup>۵</sup> و سلیگمن ساخته‌اند. سپس در سال ۱۹۸۴ پیترسون و سلیگمن آن را مورد تجدید نظر قرار داده‌اند. این پرسشنامه که ارائه دهنده میزان خودسنجی<sup>۶</sup> آزمودنی از الگوهای سبکهای مورد انتظار خود در تبیین علّی حوادث خوب و بد است شامل ۱۲ موقعیت فرضی است که نیمی از آنها موقعیتهای خوب و نیمی دیگر موقعیتهای بد است. همچنین نیمی از آنها در زمینه روابط میان-فردی است در حالی که نیم دیگر در مورد رسیدن یا نرسیدن به موقعیتی فرضی است.

مطالعات متعددی همسانی درونی پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده است. به عنوان مثال، پیترسون و همکاران (۱۹۸۲) میزان آلفای کرونباخ (همسانی درونی) را برای سه زیرمقیاس

1. Attributional Style Questionnaire (ASQ)
2. Peterson
3. Semmel
4. Von Baeyer
5. Metalsky
6. Self-report

مرکز توجه، ثبات و پایداری و کلی بودن میان ۰/۴۴ تا ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای دیگر پیترسون و سلیگمن (۱۹۸۴) میزان آلفای کرونباخ برای ۱۸ موقعیت بد پرسشنامه تجدید نظر شده را میان ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ گزارش نموده‌اند. در مورد روایی پرسشنامه نیز پیشینه‌ای طولانی درباره‌ی روایی ملاکی و روایی سازه وجود دارد. در پژوهش سلیگمن و همکاران (۱۹۸۲) روایی سازه پرسشنامه اثبات شده است. در داخل ایران نیز در زمینه‌ی پایایی پرسشنامه سبکهای اسنادی تحقیقاتی صورت گرفته است. از جمله رجبی و شهنی‌بیلاق (۱۳۸۴) در یک مطالعه مقدماتی پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای سبکهای اسنادی مثبت ۰/۷۶ و برای سبکهای اسنادی منفی ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر که میان دانش‌آموزان دختر سال سوم دبیرستان رشته علوم انسانی اجرا شده، ۰/۶۷ به دست آمده است.

### روش اجرا

ابتدا دانش‌آموزان فرمهای رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. سپس پیش‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) شرکت کردند. پس از پایان جلسات، دانش‌آموزان هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن را تکمیل کردند. در این آموزش، دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که چطور به شیوه‌ای متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکارشان متمرکز شوند. آنها همچنین یاد می‌گیرند که چگونه جهت افکار خودآیند، عادات، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را تغییر دهند، نسبت به آنها آگاه شوند و آنها را در چشم اندازی وسیع‌تر ببینند.

### اهداف جلسات

۱. آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حسهای بدنی لحظه‌به‌لحظه و تجربه‌ی بودن در لحظه
۲. توجه به احساسات و افکار و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند
۳. مهارتهای پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند
۴. جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی
۵. تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیتها، فرار یا اجتناب از موقعیتهای سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه

۶. آگاه شدن از علائم درماندگی آموخته شده و اهمال کاری در امور

۷. آگاهی از تغییرات جزئی خلق

برای اجرای پژوهش، پس از اخذ مجوزهای موردنیاز و هماهنگی با مسئولان، رضایتنامه آگاهانه کتبی و شفاهی از دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش دریافت و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند و انجام پژوهش هیچگونه ضرر و زیان را متوجه آنها نخواهد کرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین، واریانس و انحراف استاندارد استفاده شده است. همچنین در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است.

### یافته‌ها

شاخصهای توصیفی به دست آمده شامل میانگین، واریانس و انحراف معیار آزمودنیها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که در قالب جداول ۱ تا ۳ ارائه می‌شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاسهای سبک اسناد رویدادهای مثبت در دو گروه آزمایش و کنترل در

پیش‌آزمون-پس‌آزمون

گروه	درونی		پایدار		کلی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۵/۶۸	۰/۷۵۸	۵/۱۸	۱/۰۴	۵/۴۰	۰/۶۴۲
کنترل	۵/۹۶	۰/۹۶۴	۵/۲۶	۰/۹۳۷	۵/۰۶	۰/۵۹۶
پس‌آزمون	۶/۲۵	۰/۷۴۸	۵/۷۴	۰/۶۴۸	۵/۵۵	۰/۵۶۴
کنترل	۵/۵۹	۱/۰۵	۵/۱۴	۱/۰۴	۴/۶۷	۰/۸۰۴

جدول شماره ۱ شامل میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون-پس‌آزمون خرده مقیاسهای سبک اسناد رویدادهای مثبت (درونی، پایدار، کلی) در دو گروه آزمایش و کنترل است. نتایج نشانگر آن است که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی میان میانگین نمرات دو گروه وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش میانگین سبکها وجود دارد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاسهای سبک اسناد رویدادهای منفی در دو گروه آزمایش و کنترل در

پیش‌آزمون-پس‌آزمون

گروه	بیرونی		ناپایدار		خاص	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۳/۶۲	۱/۰۲	۳/۹۸	۰/۸۰۴	۳/۷۵	۰/۸۷۲
کنترل	۳/۶	۰/۶۱۲	۴/۱۶	۰/۶۹۰	۳/۹۹	۰/۹۳۵
پس‌آزمون	۴/۵۸	۱/۲۲۹	۴/۴۴	۰/۹۸۲	۴/۴۳	۱/۱۰۵
کنترل	۳/۵۸	۰/۵۸۷	۳/۵۸	۰/۵۹۴	۳/۶۲	۰/۶۸۶



جدول شماره ۲ شامل میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون خرده مقیاسهای سبک اسناد رویدادهای منفی (بیرونی، ناپایدار، خاص) در دو گروه آزمایش و کنترل است. نتایج نشانگر آن است که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی میان میانگین نمرات دو گروه وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش تا حدودی افزایش داشته است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سبک اسناد مثبت و منفی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

سبک اسناد رویدادهای مثبت		سبک اسناد رویدادهای منفی	
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۵/۴۱	۰/۷۸۴	۵/۸
کنترل	۵/۴۹	۰/۶۵۹	۵/۱

جدول شماره ۳ شامل میانگین و انحراف معیار سبک اسناد رویدادهای مثبت و منفی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج به دست آمده، این یافته را به دست می‌دهد که میانگین سبک اسناد رویدادهای مثبت و منفی در پیش‌آزمون چندان تفاوتی با هم نداشته‌اند، اما میانگین این سبکها در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات به دلیل حجم کم گروهها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک استفاده شده است.

جدول ۴: بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرها با بهره‌گیری از آزمون شاپیرو ویلک

متغیرها		شاپیرو ویلک	
مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری	مقدار
سبک اسناد مثبت	۰/۹۳۸	۳۰	۰/۰۸
سبک اسناد منفی	۰/۹۶۱	۳۰	۰/۳۳۴

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول شماره ۴ و آزمون شاپیرو ویلک و اینکه مقادیر به دست آمده برای متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین شرط برابری واریانس درون-گروهی و توزیع نرمال داده‌ها برقرار است.

جدول ۵: بررسی نرمال بودن داده‌های متغیرها با بهره‌گیری از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیرها		کولموگروف-اسمیرنوف	
مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری	مقدار
سبک اسناد مثبت	۰/۱۴۵	۳۰	۰/۱۱۱
سبک اسناد منفی	۰/۱۳۷	۳۰	۰/۱۵۴

با توجه به جدول شماره ۵ و نتایج به دست آمده از آزمون که سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین شرط برقراری نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است.

جدول ۶: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس گروهها

متغیرهای وابسته	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سبک اسناد مثبت	۰/۴۴	۱	۲۸	۰/۵۱۳
درونی مثبت	۲/۸۲۴	۱	۲۸	۰/۱۰۴
پایدار مثبت	۰/۳۸۵	۱	۲۸	۰/۵۴
کلی مثبت	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۸۱
سبک اسناد منفی	۳/۶۵۹	۱	۲۸	۰/۰۶۶
بیرونی منفی	۲/۹۴۹	۱	۲۸	۰/۰۹۷
ناپایدار منفی	۰/۱۲۳	۱	۲۸	۰/۷۲۸
خاص منفی	۰/۰۵۸	۱	۲۸	۰/۸۱۱

جدول شماره ۶ نتایج آزمون لوین را نشان می‌دهد. نتایج نمایانگر این مطلب است که سطح معناداری برای تمام متغیرها و خرده مقیاسها در گروهها از ۰/۰۵ بیشتر است؛ بنابراین می‌توان گفت واریانس گروهها از تجانس لازم برخوردار است.

فرضیه اصلی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب افزایش سبک اسناد رویدادهای مثبت در دانش‌آموزان می‌شود.

جدول ۷: تحلیل کوواریانس برای اثر متغیر گروه بر سبک اسناد کلی مثبت

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معیار تصمیم‌گیری
پیش‌آزمون	۱	۳/۸۴۷	۱۰/۷۴۵	۰/۰۰۳
گروه	۱	۳/۱۰۷	۸/۶۷۸	۰/۰۰۷
خطا	۲۷	۹/۶۶۶		
کل	۳۰	۸۰۳/۸۷۶		

همان‌گونه که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد کلی مثبت تفاوت معنادار وجود دارد ( $F= ۸/۶۷۸$  و  $P= ۰/۰۰۷$ ). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش سبک کلی اسناد درونی رویدادهای مثبت است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۸: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر اسناد درونی رویدادهای مثبت

معیار تصمیم‌گیری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
پیش‌آزمون	۱۵/۵۵۶	۵/۹۱۴	۱	۵/۹۱۴	
گروه	۱۰/۶۴۲	۴/۰۴۵	۱	۴/۰۴۵	
خطا		۰/۳۸۰	۲۷	۱۰/۲۶۴	
کل			۳۰	۹۱۱/۲۵۳	

همان گونه که در جدول شماره ۸ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد درونی مثبت تفاوت معنادار وجود دارد ( $F= 10/642$  و  $P= 0/05$ ). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار میان نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد درونی رویدادهای مثبت است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۹: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد پایدار مثبت

معیار تصمیم‌گیری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
پیش‌آزمون	۷/۴۵۸	۴/۷۳۴	۱	۴/۷۳۴	
گروه	۸/۱۸۴	۵/۱۹۵	۱	۵/۱۹۵	
خطا		۰/۶۳۵	۲۷	۱۷/۱۴۰	
کل			۳۰	۸۸۲/۶۸۵	

همان گونه که در جدول ۹ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد پایدار مثبت تفاوت معنادار وجود دارد ( $F= 8/184$  و  $P= 0/05$ ). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد پایدار رویدادهای مثبت است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۱۰: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد بیرونی منفی

معیار تصمیم‌گیری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
پیش‌آزمون	۱۰/۰۱۵	۷/۰۳۷	۱	۷/۰۳۷	میانگین
گروه	۱۰/۴۶۹	۷/۳۵۶	۱	۷/۳۵۶	
خطا		۰/۷۰۳	۲۷	۱۸/۹۷۱	
کل			۳۰	۵۳۴/۴۶۲	

همان گونه که در جدول شماره ۱۰ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد بیرونی منفی تفاوت معنادار وجود دارد ( $F= 10/469$  و  $P= 0/05$ ). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در

نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد بیرونی رویدادهای منفی است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۱۱: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد ناپایدار رویدادهای منفی

معیار تصمیم‌گیری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات میانگین	
	۴/۳۱۴	۲/۵۴۲	۱	۲/۵۴۲	پیش‌آزمون
	۱۰/۷۷۱	۶/۳۴۸	۱	۶/۳۴۸	گروه
		۰/۵۸۹	۲۷	۱۵/۹۱۲	خطا
			۳۰	۵۰۷/۲۲۷	کل

همان گونه که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد ناپایدار رویدادهای منفی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P= ۰/۰۵$  و  $F= ۱۰/۷۷۱$ ). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد ناپایدار رویدادهای منفی است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۱۲: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد خاص رویدادهای منفی

معیار تصمیم‌گیری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات میانگین	
	۸/۶۲۶	۵/۷۴۰	۱	۵/۷۴۰	پیش‌آزمون
	۹/۵۹۲	۶/۳۸۳	۱	۶/۳۸۳	گروه
		۰/۶۶۵	۲۷	۱۷/۹۶۷	خطا
			۳۰	۵۱۴/۷۱۸	کل

همان گونه که در جدول شماره ۱۲ می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد خاص رویدادهای منفی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P= ۰/۰۵$  و  $F= ۹/۵۹۲$ ). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد خاص رویدادهای منفی است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۱۳: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد رویدادهای منفی

معیار تصمیم گیری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات میانگین	
۰/۰۱۸	۶/۳۹۰	۱/۹۳۶	۱	۱/۹۳۶	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۱۵/۱۷۴	۴/۵۹۸	۱	۴/۵۹۸	گروه
		۰/۳۰۳	۲۷	۸/۱۸۲	خطا
			۳۰	۵۱۳/۲۶۱	کل

همان گونه که در جدول شماره ۱۳ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد منفی تفاوت معنادار وجود دارد ( $F= ۱۵/۱۷۴$  و  $P= ۰/۰۵$ ). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد رویدادهای منفی است، پذیرفته می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبکهای اسنادی دانش آموزان دختر دوره متوسطه بوده است. براساس نتایج به دست آمده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب افزایش سبکهای اسنادی رویدادهای مثبت و منفی در دانش‌آموزان شده است؛ افزایش در سبکهای اسنادی رویدادهای منفی نسبت به رویدادهای مثبت بیشتر بوده است، اما در مجموع شاهد کاهش معنادار درماندگی آموخته‌شده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بوده‌ایم. یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبکهای اسنادی دانش‌آموزان با پژوهشهای شریفی درآمدی (۱۳۹۳)، حقی و همکاران (۱۳۹۳)، رستمی و همکاران (۱۳۹۳)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، ولیدی‌پاک و همکاران (۱۳۹۴)، یوسفیان و اصغری‌پور (۱۳۹۴)، حناساب‌زاده و همکاران (۱۳۸۸)، کاویانی و همکاران (۱۳۸۷)، کیسا و همکاران (۲۰۱۵)، کرین و همکاران (۲۰۱۴)، گادفرین و ون‌هرینگن (۲۰۱۰) و بارنهورف و همکاران (۲۰۰۹) همسویی داشته است.

اسناد اهمیت دارد، زیرا تبیینی که برای توضیح یک پیامد استفاده می‌شود واکنشهای هیجانی تولید می‌کند. به دنبال پیامدهای مثبت، معمولاً احساس خوشحالی می‌کنیم و به دنبال پیامدهای منفی، احساس غمگینی یا ناکامی به ما دست می‌دهد. واکنش هیجانی وابسته به پیامد، ارزیابی اولیه پیامد محسوب می‌شود. هیجانهای اصلی شادی و غم صرفاً به دنبال پیامدهای خوب و بد می‌آیند. در نظریه اسنادی، افزون بر ارزیابی اولیه پیامد، شخص، موفقیت و شکست خود را تبیین می‌کند.

وقتی که پیامد تبیین شد، هیجانهایی جدید برای متمایز کردن واکنش هیجانی اولیه شادی-غم به هیجانهای ثانویه خاص آشکار می‌شوند. اسناد چرایی وقوع پیام، ارزیابی ثانویه پیامد را به وجود می‌آورد. نظریه انتساب عمدتاً به چهار توجیه برای موفقیت و شکست در موقعیتهای پیشرفتی می‌پردازد: توانایی، تلاش، دشواری تکلیف و شانس. انتسابهای توانایی و تلاش درونی هستند و انتسابهای دشواری تکلیف و شانس بیرونی. توانایی حالت نسبتاً پایدار و تغییرناپذیر است؛ تلاش می‌تواند تغییر کند. همین‌طور دشواری تکلیف، اصولاً ویژگی پایدار است درحالی‌که شانس ناپایدار است. وقتی که دانش‌آموزان موفق می‌شوند، دوست دارند باور کنند که علت آن این بوده است که آنها باهوش هستند (انتساب درونی، پایدار)، نه به این علت که آنها خوش‌شانس بوده‌اند یا تکلیف آسان بوده است، یا حتی به این علت که آنها سخت تلاش کرده‌اند (زیرا «سخت تلاش کردن» احتمال موفقیت آنها را در آینده پیش‌بینی نمی‌کند). در مقابل، دانش‌آموزانی که شکست می‌خورند، دوست دارند باور کنند بدشانسی آورده‌اند (انتساب بیرونی، ناپایدار) که امکان موفق شدن را در آینده میسر می‌سازد.

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن شامل پنج مکانیسم است. توصیف کردن، مشاهده کردن، عمل کردن با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش‌دهی (بارنهوفر و کرین، ۲۰۰۹). در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن هدف آن است که فرد بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخهایی که آنها معمولاً بر می‌انگیزانند، جدا کند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد. در جلسات به دانش‌آموزان آموزش داده شد تا نسبت به تغییر خلق آگاه‌تر باشند و شیوه‌هایی جدید را برای مدیریت چنین شرایطی بیاموزند، اما آنچه بیشتر اولویت داشت توانمند شدن آنان برای بازگشت دوباره به لحظه حال است که برای این هدف باید حضور ذهن را با کمک تنفس داشته باشند.

با مرور نتایج پژوهش مشخص شد که سبکهای اسنادی منفی گروه آزمایش و درماندگی آموخته‌شده در آنان بعد از مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش داشته است که این میزان کاهش در گروه کنترل مشاهده نشده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت دانش‌آموزانی که تحت تأثیر ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی قرار داشتند رویدادهای مثبت را بیشتر به علل درونی، پایدار و کلی و رویدادهای منفی را نیز بیشتر به علل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی اسناد داده‌اند.

بعد درونی - بیرونی باورها، عزت نفس را تحت تأثیر قرار می دهد. اگر شخص حادثه ناخوشایند را به عاملی درونی نسبت دهد احتمال بیشتری برای کاهش عزت نفس وجود دارد و اگر آن را با یک عامل بیرونی تبیین کند، احتمال فوق کمتر می شود و البته تبیین حوادث خوب با عوامل درونی هم سبب افزایش عزت نفس و کاهش درماندگی می شود. از طرفی نیز در پیشینه پژوهش به این مسئله اشاره شد که یکی از دلایل اهمال کاری می تواند عزت نفس پایین باشد. بنابراین افزایش سبک اسناد بیرونی که سبب افزایش عزت نفس می شود، سبب کاهش درماندگی می شود.

پایدار بودن باورهای علی، سبب مزمن شدن درماندگی پس از حوادث ناگوار می شود. اگر حادثه ای ناگوار به علتی پایدار نسبت داده شود واکنشهای درماندگی متعاقب آن گرایش به تداوم دارد، اما اگر حادثه مذکور با یک عامل گذرا توضیح داده شود، واکنشهای درماندگی نیز کوتاه مدت خواهند بود. از طرفی نیز چنانچه حوادث خوب به عواملی پایدار نسبت داده شود با کاهش درماندگی آموخته شده مواجه خواهیم بود.

سرانجام کلی بودن باورهای علی بر گسترش نقایص متعاقب حوادث بد تأثیر می گذارد. اگر شخص معتقد باشد که یک عامل کلی و فراگیر حادثه ناخوشایند را به وجود آورده است، نقایص مبتنی بر درماندگی در موقعیتهای متعدد رخ خواهد داد، اما اگر شخص باور داشته باشد که یک عامل خاص علت حادثه است نارساییها و مشکلات بعدی محدود خواهند بود.

به نظر می رسد تمرینهای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات دانش آموزان و نیز عملکرد آنها تأثیر خوبی دارد. از این رو با توجه به موثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندیهای این روش در سبکهای اسنادی دانش آموزان، پیشنهاد می شود که به منظور آشنایی مشاوران با ذهن آگاهی و اجرای هر چه بهتر آن در مدارس و مراکز مشاوره وابسته به آموزش و پرورش کارگاههای آموزشی ذهن آگاهی و دوره های ضمن خدمت برگزار شود.

پژوهش حاضر به عنوان پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره مدرسه، صرفاً درباره دانش آموزان دختر انجام شده است. پیشنهاد می شود که پژوهشهایی در مورد دانش آموزان پسر نیز انجام شود. این کار هم قابلیت تعمیم پذیری را بالا می برد و هم امکان مقایسه را در دو گروه فراهم می کند. همچنین در پژوهشهای آتی پیشنهاد می شود که پیگیری طولانی مدت برای سنجش اثربخشی درمان در درازمدت انجام شود.

## منابع

- السون، میتو اچ. و هرگنهان، بی. آر. (۱۳۹۵). *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری*، ترجمه علی اکبر سیف، ویرایش هشتم. تهران: نشر دوران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۹).
- حقی، اکبر؛ سلیمی، سید حسین؛ دباغی، پرویز و ربیعی، مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کیفیت زندگی کارکنان نظامی. *نشریه پرستار و پزشک در رزم*، ۲ (۳)، ۶۴-۷۱.
- حناسب زاده اصفهانی، مریم؛ یکه یزدان دوست، رخساره؛ غرابی، بنفشه و نژادفرید، علی اصغر. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی کارایی راهنمای شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن آگاهی (MBCT) برای بیماران افسرده با افکار خودکشی: گزارش موردی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱ (۱)، ۴۵-۳۵.
- رجبی، غلامرضا و شهنی ییلاق، منیجه. (۱۳۸۴). اثرات جنسیت و رشته تحصیلی بر سبکهای اسنادی دانش آموزان دبیرستانی شهر اهواز و یافته‌های روانسنجی مقیاس. *مجله علوم اجتماعی و علوم انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲ (۴۵)، ۳۲-۱۵.
- رستمی، اعظم؛ شریعت نیا، کاظم و خواجه‌نوخوشلی، افسانه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه خودکارآمدی و ذهن آگاهی با نشخوار فکری در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود. *فصلنامه علوم پزشکی*، ۲۴ (۴)، ۲۵۴-۲۵۹.
- روزنهان، دیوید ال. و سلینگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۹۲). *روانشناسی ناهنجاری، آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۹۲). *روانشناسی تربیتی (رشته علوم تربیتی-روانشناسی)*. تهران: نشر دانشگاه پیام نور.
- شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی در افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی. *مجله مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴ (۱۴)، ۹۹-۱۱۸.
- فرهادی، علی؛ موحدی، یزدان؛ کریمی‌نژاد، کلثوم و موحدی، معصومه. (۱۳۹۲). تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *نشریه پرستاری قلب و عروق ایران*، ۲ (۴)، ۶-۱۴.
- کاوایانی، حسین؛ حاتمی، ندا و جواهری، فروزان. (۱۳۸۷). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد. *نشریه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۲ (۲)، ۵-۱۴.
- کریمی، رامین. (۱۳۸۹). مارتین سلینگمن، نظریه درماندگی آموخته شده و روان‌شناسی مثبت‌نگر (بزرگان روانشناسی و تعلیم و تربیت). تهران: انتشارات دانژه.
- ولیدی‌پاک، آذر؛ خالدی، شادیه و معینی‌منش، کیومرث. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوشبینی در زنان باردار دیابتی. *مجله علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۴ (۱۴)، ۶۲-۷۸.
- یوسفیان، فهیمه و اصغری‌پور، نگار. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی شناختی رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان دختر. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵ (۵۹)، ۲۰۵-۲۱۵.
- Abramson, L. Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Barnhofer, T., & Crane, C. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy for depression and suicidality. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 221-243). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.



- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J.M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, 47(5), 366-373.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.
- Breslin, F. C., Zack, M., & McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 275-299.
- Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S., & Giommi, F. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Research*, 226(2-3), 474-483.
- Crane, C., Crane, R.S., Eames, C., Fennell, M.J., Silverton, S., Williams, J.M., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in mindfulness based cognitive therapy on hazard of relapse to depression in the staying well after depression trial. *Behavior Research and Therapy*, 63, 17-24.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Ellis, A., & Knaus, W. J. (1977). *Overcoming procrastination*. New York: Signet Books.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- Godfrin, K.A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behavior Research and Therapy*, 48(8), 738-746.
- Goldin, P.R., & Gross, J.J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., & Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahiray, H. (2005). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up. *Advances in Cognitive Science*, 7(1), 49-59.
- Khoury, B., Langer, E. J., & Pagnini, F. (2014). The DSM: Mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in Psychology*, 5, 602. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00602
- Ledrich, J., & Gana, K. (2013). Relationship between attribution style, perceived control, self-esteem, and depressive mood in a nonclinical sample: A structural

- equation-modelling approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4) 413-430. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02067.x>
- Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46(3), 296-321.
- Pagnini, F., Phillips, D., Bosma, C. M., Reece, A., & Langer, E. (2015). Mindfulness, physical impairment and psychological well-being in people with amyotrophic lateral sclerosis. *Psychology & Health*, 30(5), 503-517. doi: 10.1080/08870446.2014.982652.
- Pagnini, F., Bercovitz, K., & Langer, E. (2016). Perceived control and mindfulness: Implications for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 91-102.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Seligman, M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), pp. 287-300. doi: 10.1007/bf01173577
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and Evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374.
- Segal, Z.V., Williams, J.M. G., & Teasdale, J.D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P., Kaslow, N. J., Alloy, L. B., Peterson, C., Tanenbaum, R. L., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 235-238.
- Specia, M., Carlson, L.E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613-622.
- Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597-605.