



## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر بهبود سلامت روان، کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی

کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد بادرود، دانشگاه آزاد اسلامی، بادرود، ایران

سیدعلی اصغر سیدابراهیمی 

دریافت: ۹۹/۰۴/۲۲

پذیرش: ۹۹/۰۶/۲۶

ایمیل نویسنده مسئول: merajeentazar@gmail.com

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر بهبود سلامت روان، کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی است. **روش پژوهش:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی شهرستان آران و بیدگل در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آن‌ها، ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و در گروه‌های آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰ نفر) و مثبت اندیشی (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، کمال‌گرایی تری - شورت و همکاران (۱۹۹۵)، سلامت روانی گلدنبرگ (۱۹۷۹) به دست آمدند. پروتکل آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ربکا (۲۰۰۹) به مدت هشت جلسه به صورت هفتگی برگزار شد. گروه گواه، درمان دریافت کرد و در لیست انتظار قرار گرفت. در راستای تحلیل ۱ سنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS 22 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی و گروه گواه بر سلامت روان ( $F = ۶۰/۴۸$  و  $P < ۰/۰۱$ )، خودتنظیمی سازش‌یافته ( $F = ۳۹/۴۰$  و  $P < ۰/۰۱$ ) و خودتنظیمی سازش‌نیافته ( $F = ۵۰/۹۹$  و  $P < ۰/۰۱$ ) و کمال‌گرایی مثبت ( $F = ۸/۷۶$  و  $P < ۰/۰۱$ ) و کمال‌گرایی منفی ( $F = ۲۷/۴۴$  و  $P < ۰/۰۱$ ) تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد و خودتنظیمی سازش‌یافته در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ( $P < ۰/۰۱$ ) و سلامت روان در گروه مثبت‌اندیشی در پایان پس‌آزمون بالاتر از گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است ( $P < ۰/۰۵$ ). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت از نظر تأثیرگذاری، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتنظیمی سازش‌یافته و مثبت‌اندیشی بر بهبود سلامت روان بیشترین تأثیر داشتند.

**کلیدواژه‌ها:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سلامت روان، کمال‌گرایی، مثبت اندیشی

### فصلنامه علمی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰  
<http://Aftj.ir>  
دوره ۱ | شماره ۲ | صص ۱۶۲-۱۸۴  
تابستان ۱۳۹۹

### نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(سیدابراهیمی، ۱۳۹۹)

### در فهرست منابع:

سیدابراهیمی، سیدعلی اصغر. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر بهبود سلامت روان، کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه خانواده درمانی کاربردی، ۱(۲): ۱۶۲-۱۸۴.

## مقدمه

اختلال افسردگی اساسی به عنوان یک دوره حداقل دو هفته‌ای که در جریان آن یکی از دو علامت خلق افسرده یا فقدان لذت در تقریباً همه فعالیت‌های وجود دارد، تعریف شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تقریباً ۲۷ برابر بیشتر از افراد سالم با بدکارکردی در محیط کار و مسئولیت‌های محوله مواجه می‌شوند؛ و به احتمال بیشتر در معرض از دست دادن شغل و یا فرسودگی شغلی قرار دارند. به همین دلیل سازمان جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۱ افسردگی را یازدهمین عامل ناتوانی قلمداد کرده است در حالی که در سال ۱۹۹۰ در رتبه پانزدهم قرار داشت؛ پس با گذشت زمان شدت تأثیر افسردگی بر جامعه با افزایش روبروی می‌شود که نیازمند توجه بیشتری است (سابق، لوک، پیستیلی، پنبرثی، چاموپیچ، مک کلوگ و تورکی، ۲۰۱۵).

از سوی دیگر تنظیم هیجانی یکی از عوامل مهم در سلامت روان‌شناختی و علت شناسی اختلال‌های روان‌شناختی است که در کارکرد مؤثر و موفق افراد در حیطه‌های مختلف نقش دارد (فوردر و گراس، ۲۰۱۸). اختلال افسردگی اساسی در واقع نوعی اختلال در تنظیم هیجانی است. عاطفه منفی پایدار و کاهش عواطف مثبت از ویژگی‌های بارز یک دوره افسردگی است (هو، ژانگ، وانگ، مستری، ران و وانگ، ۲۰۱۴).

در سال‌های اخیر، هم به لحاظ نظری و هم از نظر بالینی علاقه‌مندی فزاینده‌ای به ارتباط کمال‌گرایی با ناراحتی‌های روان‌شناختی پیدا شده است (فلت، گرین و هویت، ۲۰۰۴). میلروس (۲۰۱۱) در مروری بر پژوهش‌ها گزارش کرد که کمال‌گرایی ناسازگارانه می‌تواند فرد را در معرض افسردگی قرار دهد. بدین ترتیب افراد دارای افسردگی اساسی از سلامت روانی، کمال‌گرایی سازگارانه و مدیریت هیجانی پایین، رنج می‌برند. به همین خاطر این افراد باید تحت درمان قرار گیرند تا از مزمن شدن اختلال جلوگیری گردد (ساویر، زونسین، دازان و گاریانته، ۲۰۱۹). علیرغم پیشرفت‌هایی که در زمینه‌ی تشخیص و درمان اختلال افسردگی اساسی به وجود آمده است، هنوز در ۵۰ درصد موارد، بهبود نسبی مشاهده می‌شود (بخشی‌پور، وجودی، محمود علیلو و عبدی، ۱۳۹۵). تاکنون، راهنماها و پروتکل‌های درمانی بسیاری بر اساس رویکردهای شناختی-رفتاری برای اختلال افسردگی اساسی منتشر شده است و پژوهش‌های بسیاری اثربخشی این شیوه‌های درمانی را تأیید کرده‌اند (باتلر، چاپمن، فورمن و بک، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد که بیشتر اشتغالات فکری افراد افسرده در مورد رویدادهای گذشته است؛ بنابراین به نظر می‌رسد بیماران افسرده توانایی لذت بردن از زمان حال را ندارند و در گذشته یا آینده به سر می‌رسد. به منظور کمک به این گونه بیماران می‌توان از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمود (محمدعلی زاده و اسمعیل زاده، ۱۳۹۵). لذا یکی از درمان‌های مؤثر بر کاهش علائم این بیماری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی هدف آن است که

بیمار 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 این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آن‌ها معمولاً برمی‌انگیزانند جدا کنند و در نهایت معنای آن‌ها را تغییر دهند. تغییر از حالت انجام دادن به حالت بودن مؤلفه‌ای کلیدی در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که به بیماران کمک می‌کند تا تمرکززدایی کنند (سگال، ویلیامز و تیسدلا، ۲۰۰۲). نتایج مطالعات مختلف بیانگر تأثیر آموزش‌های ذهن آگاهی بر کاهش استرس، بهبود سلامت روان و بهبود کارایی در بیماران است (صفرزاده و جهانگیری، ۱۳۹۷؛ نریمانی، زاهد و گلپور، ۱۳۹۱؛ خوش خطی، امیری مجد، بزازیان و یزدی نژاد، ۱۳۹۹)؛ همچنین پژوهش کهریزی، تقوی، قاسمی و گودرزی (۱۳۹۶) تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی مبتلایان به آسم نشان دادند و نتایج شیرین زاده، بشلیده، حمید، مرعی و هاشمی شیخ شبانی (۱۳۹۴) نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری، افسردگی و نقص بازداری افراد مبتلا به افسردگی شده است.

یکی دیگر از روش‌های مؤثر در کاهش علائم بیماری‌ها روان‌درمانی مثبت‌گراست. مداخلات روانشناسی مثبت، در بهبود و سلامت افراد به بیماری‌های مزمن اثربخش بوده است (هافمن، میلشتاین، ماستروماورو، مور، سلانو، بدویا و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضاء نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شود (لابامیرسکای و لایوس، ۲۰۱۳) و بر افزایش توانایی و فضیلت‌های انسانی و ارتقای معنای زندگی تأکید دارد و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست یابند (پیترسون و پارک، ۲۰۱۶). دوکری و استپتیو (۲۰۱۰) دریافتند که مؤلفه‌های رویکرد مثبت نگر در کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش رضایت از زندگی، سلامت روان، امیدواری و شادکامی افراد اثربخش بوده است. آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی برای افراد به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با دیگران، ترویج احساسات مثبت، رفتارهای مثبت، شناخت و ادراک مثبت، بالا بردن بهزیستی افراد، درمان برخی اختلالات روانی همانند افسردگی و نیز افزایش عزت‌نفس، بسیار مفید و سودمند است (سین و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها در زمینه به کارگیری درمان‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا نشان داده است که این درمان و آموزش‌های مبتنی بر آن می‌تواند بر طیف وسیعی از متغیرهای روانشناسی همچون افسردگی، سلامت روان، شادکامی، تاب‌آوری اثربخش باشند (پورفرج و رضازاده، ۱۳۹۷). همین‌طور افراد مثبت نگر سالم‌تر، شادتر و خوشبین‌تر هستند و دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند. آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی

پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند؛ بنابراین این افراد شادکامی بالاتری را تجربه می‌کنند و امیدواری بالاتری نسبت به آینده دارند (سلیگمن، استین، پارک و پترسون، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه مطالعات مختلف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی را بر کاهش علائم و نشانه‌های افراد دارای افسردگی اساسی مورد بررسی قرار دادند اما تاکنون مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر بهبود سلامت روان، کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی نپرداخته است؛ بنابراین سؤال اصلی این پژوهش این است:

۱. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر بهبود سلامت روان، کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون موثر است؟
۲. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر بهبود سلامت روان، کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر بهبود سلامت روان، کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تفاوتی وجود دارد؟

## روش

پژوهش حاضر از طرح‌های کاربردی و تجربی میدانی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی شهرستان آران و بیدگل در سال ۱۳۹۹ بودند. روش نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری هدفمند به این صورت بود که به موسسه معرفی شده از طرف سازمان بهزیستی شهرستان مراجعه شد، با کمک روانشناس بالینی مرکز و با مصاحبه تشخیصی که روانشناس بالینی انجام داد، ۶۰ سرپرست خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی که ملاک‌های ورود به پژوهش (بازه سنی ۲۰-۶۰ سال، رضایت به شرکت در این طرح، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی دیگر (دوقطبی، سایکوتیک، دمانس و ...)، همچنین تاکنون هیچ نوعی از روان‌درمانی را دریافت نکرده باشند) را داشتند، تشخیص داده شد و سپس گروه نمونه به شکل تصادفی در سه گروه پروتکل درمانی مثبت اندیشی (۲۰ نفر) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) جایگذاری شدند.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کمال‌گرایی. پرسشنامه توسط تری - شورت و همکاران (۱۹۹۵) برای اندازه‌گیری کمال‌گرایی مثبت و منفی طراحی و اعتباریابی شده است. پرسشنامه مشتمل بر ۴۰ گویه است که ۲۰ گویه آن کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ گویه دیگر کمال‌گرایی منفی را می‌سنجند و بر اساس

طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه در پژوهش هوشمندی (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۲ به دست آمد.

**۲. پرسشنامه سلامت روانی.** جهت سنجش سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد. فرم ۲۸ ماده‌ای GHQ توسط گلدبرگ و هیلر در سال (۱۹۷۹) تدوین شده است. این پرسشنامه از نوع پاسخ بسته، و شامل ۲۸ سؤال و هر کدام از سؤالات چهار گزینه‌ای است که هر آزمودنی یکی از گزینه‌ها را انتخاب می‌نماید؛ بنابراین استخراج داده‌ها به راحتی و به سهولت انجام گرفته است. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش‌وری اجتماعی و افسردگی شدید است. برای امتیاز گذاری و تعیین نمره نهایی سلامت روانی آزمودنی‌ها از مدل ساده لیکرت استفاده شد، به این ترتیب که داده از کمترین به بیشترین و با نمره‌های (۰، ۱، ۲ و ۳) تنظیم شدند. در این روش امتیاز پایین نشان دهنده سلامتی و امتیاز بالا نشانگر اختلال است. به این صورت که در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم اختلال است. گلدبرگ و بلک ول با استفاده از پرسشنامه مذکور توانستند بیش از ۹۰٪ نمونه را به درستی به عنوان بیمار و سالم طبقه بندی نماید؛ به علاوه ضریب همبستگی بین نمرات این پرسشنامه با نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات، به میزان ۰/۸۰+ گزارش شده است. یزدان پناه (۱۳۷۵) ضریب ثبات درونی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی را، با روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹۲ برآورد نموده است؛ بنابراین پرسشنامه سلامت عمومی روایی و پایایی لازم برای استفاده در این تحقیق را دارا است (مشایخ و حسینی، ۱۳۹۹). پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است.

**۳. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان.** این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) ساخته شده است (این مقیاس نسخه کوتاه شده پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان است که توسط گارنفسکی و همکاران در ۲۰۰۱ ساخته شده است، است). این مقیاس ۱۸ سؤال دارد که بر روی یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت، از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه جواب داده می‌شود. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی ۰/۳۸ و با مقیاس اضطراب ۰/۳۳ گزارش شده است. یوسفی (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کلی پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش کرده است. همچنین اعتبار پرسشنامه از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و خرده مقیاس اضطراب پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر بررسی شد و به ترتیب ضرایبی

برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمد که هر دو معنی دار بودند؛ پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است.

۴. آموزش مثبت اندیشی. ابزار پژوهش برای آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی، محتوا و اهداف جلسات برگرفته و گسترش یافته از دیدگاه سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) در زمینه مثبت نگری بود که در طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به افراد افسرده به ترتیب زیر آموزش داده شد.

#### جدول ۱. برنامه آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی

جلسه	شرح جلسات
جلسه اول	معارفه اعضاء و آشنایی - ارائه توضیحات درباره اهداف برگزاری جلسات - بیان مفاهیم اصلی مثبت اندیشی - بحث و گفتگو درباره نقاط قوت اعضا و یادداشت آن‌ها
جلسه دوم	بحث و گفتگو درباره نحوه استفاده از نقاط قوت در زندگی روزمره - آشنایی با علائم و نشانه‌های مثبت اندیشی و تحلیل اجمالی از دیدگاه افراد به زندگی - آشنایی با ۳ مهارت شناسایی افکار مثبت و آگاهی از احساسات و شناخت باورها
جلسه سوم	آشنایی و آموزش با به زبان آوردن باورها و خودگویی‌های مثبت و مبارزه با افکار منفی
جلسه چهارم	آموزش مهارت‌های تغییر دادن تصویرهای ذهنی و تصویرسازی درونی مثبت و ارائه جدول آموزشی مربوطه - آموزش استفاده از زبان و بیان
جلسه پنجم	ایجاد خوش‌بینی - ایجاد اعتماد به نفس - هدف‌گزینی - شاد زیستن
جلسه ششم	کنترل احساسات و عواطف (دور کردن احساس گناه - ابراز وجود - اجتناب از حسادت - خودباوری - اجتناب از جمع‌گریزی)
جلسه هفتم	گام‌های اساسی برای ایجاد تفکر خوش‌بینانه - ابراز وجود کردن در جمع - توانایی نه گفتن
جلسه هشتم	کاربرد مهارت‌های آموخته شده در زندگی روزمره - برقراری ارتباط خوب با دیگران - کنترل وقایع زندگی - مرور و بررسی میزان اثربخشی مهارت‌های مثبت اندیشی ارائه شده

۵. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب ربکا (۲۰۰۹) در زمینه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح جدول ۲ اجرا شد.

#### جدول ۲. پروتکل درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	خلاصه محتوی جلسه
جلسه اول	ایجاد رابطه درمانی، اطمینان بخشی، گرفتن تعهد از مراجع که در صورت تمایل به ادامه، نسبت به انجام تکالیف و تکمیل دوره متعهد شود، پرواز بر روی خلبان

خودکار، رونوشت: تمرین خوردن کشمش، ذهن آگاهی خوردن کشمش، ذهن

آگاهی تنفس

**جلسه** ورود یک نوع محاوره جدید در روند درمان، مبارزه با افکار خودکار، آموزش ذهن

**دوم**

آگاهی دقیقه‌ای فضای تنفس، آموزش ذهن آگاهی قدم زدن، آموزش ذهن آگاهی

احساسات ناخوشایند دادن جزوه جلسه دوم به شرکت کننده ارائه تکلیف خانگی

**جلسه** شناخت نحوه عملکرد مغز بیماران افسرده و تأثیر ذهن آگاهی بر آن (فیلم اسکن

**سوم**

مغزی بیماران افسرده قبل و بعد از تمرین، عینی کردن مشکل تربیت مغز، آموزش

چند نمونه از ذهن آگاهی، فعالیت‌های روزمره

بازنگری تکلیف

**جلسه** بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، افکار خودکار و ملاک‌های «افسردگی»،

**چهارم**

تعریف تشخیص افسردگی فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای + بازنگری تعیین تکلیف خانگی

**جلسه** شما مساوی با افکار تان نیستید، شما مساوی با احساسات خود نیستید، شما مساوی

**پنجم**

با باورهایتان نیستید. هدف گذاری ذهن آگاهی اسکن بدن. ذهن آگاهی نشستن

آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار، توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی

که نسبت به افکار، احساسات، یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاربمان ارتباط

برقرار می‌کنیم؛ بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه

به تأثیرات آن‌ها بر بدن و واکنش به آن‌ها

**جلسه** رهایی از طریق بخشش: متافور مرد چاقو خورده، آموزش ذهن آگاهی رها کردن،

**ششم**

افزایش خود ارزشمندی: متافور کوزه ترک برداشته، بازنگری تکلیف خانگی، آماده

شدن برای اتمام دوره خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین قبل از

این که نسبت به افکار دید وسیع‌تری به دست آورید، در مورد تنفس بحث «اولین

گام» را عنوان کنید دادن جزوه جلسه ششم

**جلسه** دوستی و مهربانی با خود و دیگران ایجاد رابطه با خود ذهن آگاهی، گوش دادن

**هفتم**

برای بهبود روابط

ذهن آگاهی، تنفس بازنگری، تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت

و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس

از عهده آبی می‌شود. برنامه‌ریزی و تهیه برنامه مناسب برای چنین فعالیت‌هایی،

شناسایی نشانگان عود، شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود / بازگشت

فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی دادن جزوات جلسه

هفتم به شرکت کننده

**جلسه هشتم** صبر کردن قدردانی کردن، تأمل و تغییر، سپاسگزار هر روز باشید، تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند. نیت مثبت تقویت می‌شوند زیرا این تمرینات با دلایل مثبت مراقبت از خود مرتبط است. تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن بازننگری تکلیف خانگی بازننگری کل برنامه (آنچه که یاد گرفته شده). بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظم که در ۷ هفته گذشته، چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجاد شده ادامه یابد. واری و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس

**شیوه اجرا.** ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: تمام افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت داشتند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. در بخش آمار توصیفی: از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی: از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها) و آزمون Mbox استفاده شد. تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS 22 به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در هر سه گروه از نظر جنسیت، تعداد ۲۳ نفر (۳/۳۸ درصد) مرد و ۳۷ نفر (۶۱/۷ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳.** شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خودتنظیمی	ذهن آگاهی	۳۵/۷۰	۲/۲۲	۲۱/۷۵	۴/۴۳	۲۴/۳۵
سازش نیافته	مثبت اندیشی	۳۱/۴۵	۳/۹۵	۲۲/۶۵	۳/۴۶	۲۳/۷۰
	گواه	۳۴/۸۵	۲/۸۵	۳۴/۳۵	۲/۷۰	۳۵/۲۵
	ذهن آگاهی	۲۱/۹۵	۵/۴۶	۴۰/۳۰	۵/۳۱	۳۷/۷۵



۴/۹۰	۳۱/۷۰	۵/۹۲	۳۳/۵۵	۴/۰۰۶	۲۳/۰۵	مثبت اندیشی	خودتنظیمی
۵/۹۵	۱۹/۱۵	۵/۶۹	۱۹/۳۵	۵/۸۷	۲۰/۲۵	گواه	سازش یافته
۵/۲۸	۳۰/۷۵	۵/۲۴	۲۹/۱۵	۷/۲۵	۶۰/۸۵	ذهن آگاهی	سلامت روان
۳/۶۰	۲۵/۸۰	۳/۵۸	۲۴/۳۵	۱	۵۷/۳۵	مثبت اندیشی	
۱۰/۱۲	۵۸/۶۰	۹/۸۴	۵۸/۳۵	۱/۰۹	۵۸/۷۵	گواه	
۷/۹۴	۶۴/۳۰	۷/۶۸	۶۵/۴۵	۷/۱۶	۵۱	ذهن آگاهی	کمال‌گرایی
۶/۸۴	۶۳/۵۰	۶/۵۳	۶۴/۱۰	۶/۴۹	۵۱/۹۵	مثبت اندیشی	مثبت
۷/۴۸	۵۱/۱۰	۶/۸۴	۵۲/۲۵	۷/۲۱	۵۴/۲۰	گواه	
۶/۵۴	۴۵/۵۰	۶/۸۳	۴۳/۷۰	۱۱/۳۹	۷۱/۳۵	ذهن آگاهی	کمال‌گرایی
۷/۷۴	۴۷/۳۰	۷/۶۰	۴۶/۱۰	۱۰/۴۸	۷۱/۶۰	مثبت اندیشی	منفی
۱۱/۴۵	۷۲/۳۵	۱۱/۸۴	۷۲/۳۵	۱۱/۱۶	۷۱/۵۵	گواه	

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره سلامت روان، خودتنظیمی هیجانی سازش یافته و سازش نیافته و کمال‌گرایی مثبت و منفی در سه گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت‌گرایی و گروه گواه، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های  $M$  باکس و لوین بررسی شد. از آنجایی که آزمون  $M$  باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ( $B_{xxSS} M = ۶۰/۵۶$ ;  $df1 = ۳۰$ ;  $p > ۰/۰۵$ ). همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است. سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح  $۰/۰۰۱$  معنادار است، بیانگر آن است که بین سه گروه مثبت اندیشی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه بر شاخص‌های سلامت روان، خودتنظیمی هیجانی سازش یافته و سازش نیافته و کمال‌گرایی مثبت و منفی تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر  $۰/۰۳۱$  و آزمون  $F = ۴۵/۱۶$  تفاوت معناداری را میان سه گروه مثبت اندیشی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه بر شاخص‌های سلامت روان، خودتنظیمی هیجانی سازش یافته و سازش نیافته و کمال‌گرایی مثبت و منفی نشان می‌دهد ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سلامت روان، خودتنظیم هیجانی سازش یافته و نیافته و کمال‌گرایی مثبت و منفی

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	سطح اتا
خودتنظیمی	زمان*گروه	۷۲۴/۸۱	۲	۳۶۲/۴۰	۵۷/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
سازش	گروه	۲۷۵۳/۸۷	۲	۱۳۷۶/۹۳	۵۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴
نیافته							
خودتنظیمی	زمان*گروه	۱۴۳۹/۳۱	۲	۷۱۹/۶۵	۸۱/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
سازش یافته	گروه	۶۰۲۵/۹۰	۲	۳۰۱۲/۹۵	۳۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
سلامت روان	زمان*گروه	۶۲۸۳/۵۵	۲	۳۱۴۱/۷۷	۱۰۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸
کمال‌گرایی مثبت	گروه	۱۷۴۳۶/۲۳	۲	۸۷۱۸/۱۱	۶۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸
کمال‌گرایی مثبت	زمان*گروه	۱۶۱۰/۱۱	۲	۸۰۵/۰۵	۴۱/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
کمال‌گرایی منفی	گروه	۲۲۶۴/۰۴	۲	۱۱۳۲/۰۲	۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳
کمال‌گرایی منفی	زمان*گروه	۴۴۷۵/۴۵	۲	۲۲۳۷/۷۲	۶۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹
منفی	گروه	۱۲۷۷۵/۲۳	۲	۶۳۸۷/۶۱	۲۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که نسبت F به دست آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد معنادار است و این یافته بیانگر این است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مثبت اندیشی باعث بهبود سلامت روان، خودتنظیمی هیجانی و کمال‌گرایی شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده بر بهبود سلامت روان ( $P < ۰/۰۱$ )، خودتنظیمی هیجانی ( $P < ۰/۰۱$ ) و کمال‌گرایی مثبت ( $P < ۰/۰۱$ ) بود. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	معناداری
خودتنظیمی	ذهن آگاهی	مثبت‌گرایی	۱/۳۳	۰/۱۶
سازش نیافته	مثبت اندیشی	گواه	-۷/۵۵	۰/۰۰۱
خودتنظیمی	ذهن آگاهی	مثبت‌گرایی	۳/۹۰	۰/۰۱۸
سازش یافته	مثبت اندیشی	گواه	۱۳/۷۵	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی مثبت	مثبت اندیشی	گواه	۹/۸۵	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی منفی	ذهن آگاهی	مثبت‌گرایی	۴/۴۱	۰/۰۴

۰/۰۰۱	-۱۸/۳۱	گواه	سلامت روان
۰/۰۰۱	-۲۲/۷۳	گواه	مثبت‌اندیشی
۰/۸۶	۰/۳۶	مثبت‌گرایی	کمال‌گرایی
۰/۰۰۱	۷/۷۰	گواه	مثبت
۰/۰۰۱	۷/۳۳	گواه	مثبت‌اندیشی
۰/۵۹	-۱/۴۸	مثبت‌گرایی	کمال‌گرایی
۰/۰۰۱	-۱۸/۵۶	گواه	منفی
۰/۰۰۱	-۱۷/۰۸	گواه	مثبت‌اندیشی

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین خودتنظیمی سازش یافته در گروه درمان ذهن آگاهی در پایان پس‌آزمون بالاتر از گروه مثبت‌اندیشی و گروه گواه بوده است ( $P < 0/01$ ). به بیان دیگر، از نظر تأثیرگذاری، آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشترین تأثیر را بر متغیر خودتنظیمی سازش یافته داشت ( $P < 0/01$ ). میانگین سلامت روان در گروه مثبت‌اندیشی در پایان پس‌آزمون بالاتر از گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه بوده است ( $P < 0/01$ ). به بیان دیگر، از نظر تأثیرگذاری، آموزش مثبت‌اندیشی بیشترین تأثیر را بر متغیر سلامت روان داشت ( $P < 0/01$ )؛ اما بین میانگین خودتنظیمی سازش نیافته و کمال‌گرایی مثبت و منفی در پایان پس‌آزمون بین اثربخشی گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه مثبت‌اندیشی تفاوت معناداری وجود نداشت.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت‌اندیشی بر بهبود سلامت روان، کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت‌اندیشی بر بهبود سلامت روان سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی تأثیرگذار است. با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که از نظر تأثیرگذاری، درمان مثبت‌اندیشی بیشترین تأثیر را بر متغیر سلامت روان داشت؛ این یافته با نتایج پژوهش‌های پور محسنی و اسلامی (۱۳۹۵)، وصالی، احدی، کجباف، و نشاط دوست (۱۳۹۶)، صادقی و همکاران (۱۳۹۹)، شیرین زاده و همکاران (۱۳۹۴)، سرجنت و مارجیت (۲۰۱۴) و لایوس، لی، چوی و لیوبومیرسکی (۲۰۱۴) همخوانی داشت. در تبیین یافته‌ها مبنی بر اثربخشی بیشتر روش مثبت‌اندیشی نسبت به آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود سلامت روان می‌توان چنین گفت که مطابق دیدگاه موافقان رویکرد مثبت‌اندیشی همانند کاراداماس و همکاران توجه به نقاط قوت و تجربه‌های خوب گذشته، به احتمال زیاد باعث بروز برداشت‌های شخصی مثبت‌تر

از خویش را افزایش می‌دهد و همین موضوع افراد را به پذیرش مسئولیت بیشتر در قبال ارزش و اعتبار خود رهنمون می‌کند و در نتیجه مهار هیجانات منفی، رفتارهای تکانشی و ناسازش یافته آسان‌تر خواهد شد و می‌توان گفت که به تبع باعث بهبود سلامت روان می‌شوند (شوشتری، جلاذتی، حجت انصاری و بهرامی، ۱۴۰۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر کمال‌گرایی سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی تأثیرگذار بودند. این یافته با نتایج پژوهش منشادی، دیبازر، حیدری و کلانترزاده (۱۴۰۰)، ثابت و رحمانی (۱۳۹۶)، ستاری و عرفانی (۱۳۹۸) و مرادی زاده، ویسکرمی، میردردیکوند، قدم پور و غضنفری (۱۳۹۸) همخوانی داشت. ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان تمرکز، گشودگی، حالت عدم قضاوت، توجه و آگاهی مفهوم ساز شود. بر این اساس ذهن آگاهی مهارتی است که به افراد اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده هستند، دریافت کنند. این فرایند باعث می‌شود تا آن‌ها از هم در آمیزی با افکار کمال‌گرایانه خود جدا شده و آن‌ها را تنها به عنوان یک فکر صادر شده از سیستم شناختی خود در نظر بگیرند نه واقعیت. همچنین وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند، دیگر توجه را روی گذشته یا آینده معطوف نکرده که این امر باعث کاهش کمال‌گرایی منفی در آن‌ها می‌شود (ستاری و عرفانی، ۱۳۹۸).

همچنین یکی از اصول روان‌درمانی مثبت‌نگر، آموزش به آزمودنی‌ها برای رضایت داشتن در مقابل بیشینه خواهی یا کمال خواهی است (شوارتز و همکاران، ۲۰۰۲). از دیدگاه شوارتز و همکاران (۲۰۰۲) افراد کمال‌گرا در تلاش برای به دست آوردن بهترین‌ها باید از همه‌ی احتمالات و امکانات خبردار باشند تا هنگام تصمیم‌گیری یا انتخاب، همه‌ی شقوق مختلف را بررسی کنند. در این مرحله از درمان، درمان‌جویان تشویق می‌شوند به جای بیشینه خواهی به دنبال رضایت باشند یا درباره‌ی یکی از شقوق و راه‌هایی که رضایتشان را برآورده می‌کند دست به انتخابی بزنند که برای تأمین نیازهای آنان به قدر کفایت خوب است. هدف، کمک به درمان‌جویان است تا دریابند که وقتی، به جای کمال خواهی، قناعت می‌کنند رضایت بیشتری به دست می‌آورند، چون کمال خواهی اغلب به ناکامی و پشیمانی می‌انجامد و فرد از اینکه نمی‌تواند همه‌ی راه‌های ممکن را لحاظ کند غصه می‌خورد و نوعی ناهماهنگی بین انتظارات او و واقعیت‌ها به وجود می‌آید (مرادی زاده و همکاران، ۱۳۹۸).

اما بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر کمال‌گرایی تفاوت معناداری وجود نداشت. این عدم تفاوت را احتمالاً می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در رویکرد مثبت اندیشی بر ایجاد توانمندی‌ها و هیجانات مثبت مراجع تأکید می‌شود، سپس اقدام عملی، در صورتی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ابتدا بر افکار زمان حال تأکید دارد که به دنبال آن سایر تغییرات را سبب می‌شود، لذا عدم تفاوت بین این دو درمان قابل توجیه است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت اندیشی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی تأثیرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های حسینی، احدی و مامی (۱۴۰۰)، حسین دوست، قریشی راد و واقف (۱۳۹۷)، کیامرثی، نریمانی، صبحی قراملکی و میکاییلی (۱۳۹۷) و مرادی زاده و همکاران (۱۳۹۸) همخوانی داشت. در تبیین اثربخشی بیشتر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به مثبت اندیشی در خودتنظیمی هیجانی سازش یافته در این پژوهش می‌توان گفت، درمانگر در طول جلسات از تکنیک‌هایی استفاده کرد که میزان استفاده افراد را از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت را افزایش داد. از جمله این تکنیک‌ها افزایش آگاهی و مدیریت استرس و آموزش افکار حقایق نیستند، بود. این تکنیک‌ها منجر به افزایش آگاهی مراجعان از هیجانات شد و آن‌ها را نسبت به هیجانات آشنا کرد. از طرف دیگر آموزش داده شد تا چگونه منابع استرس را مدیریت کنند و با آن‌ها مقابله نمایند. استرس‌های محیطی منجر به حالات هیجانی منفی شده و در نتیجه افراد با آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند با شیوه‌های مقابله‌ای کارآمدتر به مدیریت استرس و در نتیجه مدیریت هیجانات بپردازند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است که از جمله آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده و در میان کلیه سرپرستان خانواده دچار اختلال افسردگی اساسی شهرستان آران و بیدگل در سال ۱۴۰۱ انجام شده است، بنابراین در تعمیم دادن نتایج پژوهش به سایر افراد باید جانب احتیاط را رعایت کرد. استفاده از ابزار خودگزارشی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش پیشنهاد می‌شود از چنین روش‌هایی برای افزایش عملکرد اجتماعی - انطباقی و به‌ویژه برای تعدیل کمال‌گرایی افراد توسط مشاوران مراکز استفاده گردد. همچنین اجرای کارگاه‌هایی در راستای آموزش اصول روان‌درمانی مثبت‌گرا و ذهن آگاهی در مراکز آموزشی برای کلیه افراد دارای مشکلات هیجانی می‌تواند اثرات سودمندی در کاهش مشکلات مرتبط با هیجان آن‌ها داشته باشد.

### موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفت.

## سپاسگزاری

نویسنده پژوهش حاضر الزام دانست از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس ابراز نماید.

## مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل استخراج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد نویسنده است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بادرود به تصویب رسید. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده ها، تحلیل آماری داده ها، پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- بخشی پور، عباس، وجودی، بابک، محمود علیلو، مجید، و عبدی، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۱۱(۴۱): ۶۷-۷۶.
- پور محسنی کلوری، فرشته، و اسلامی، فیما. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۲۰): ۶۷-۴۸.
- پورفرج، مجید، و رضا زاده، حلیمه. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر شادکامی و امید به زندگی بیماران سرطانی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۹(۳۳): ۱۱۹-۱۳۶.
- ثابت، اصغر، و رحمانی، محمدعلی (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کمال گرایی و اهمال کاری دانش آموزان دخترکنگره انجمن روانشناسی ایران دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران.
- حسین دوست، فاطمه، قریشی راد، فخرالسادات، و واقف، لادن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان خوابگاهی. *کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روانشناسی، حقوق و مطالعات فرهنگی اجتماعی حسینی، زینب السادات، احمدی، وحید، و مامی، شهرام*. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مردان مصرف کننده مت‌آفتامین. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۱): ۱۷۷-۱۹۹.

- خوش خطی، نازیلا، امیری مجد، مجتبی، بزازیان، سعیده، و یزدی نژاد، علیرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت درد بیماران کلیوی تحت همودیالیز. *بیهوشی و درد*، ۱۱ (۱): ۱-۱۳.
- خوش‌لهجه، انیس. (۱۳۹۱). نظریه خانواده‌درمانی بوئن. تهران: نشر بعثت.
- دهقان منشادی، منصور، دیبازر، سارا، حیدری، یاسر، و کلانترزاده، فهیمه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس و کمال‌گرایی دانش‌آموزان دختر مدارس نمونه دولتی دوره دوم متوسطه شهر یزد. *طلوع بهداشت*، ۲۰ (۱): ۶۹-۷۹.
- ستاری، مریم، و عرفانی، نصرالله. (۱۳۹۸). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کمال‌گرایی منفی، استرس و اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲ (۵): ۱۸۳۴-۱۸۴۵.
- شوشتری رضوانی، مهدیه، جلادتی، سیده فاطمه، حجت انصاری، زینب، و بهرامی، مهلا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر سلامت روان دانش‌آموزان. *رویکردی نو در علوم تربیتی*، ۳۰ (۱): ۴۰-۴۵.
- شیرین زاده دستگیری، صمد، بشلیده، کیومرث، حمید، نجمه، مرعی، سیدعلی، و هاشمی شیخ شبانی، سیداسماعیل. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به افسردگی. *روان‌شناسی بالینی*، ۳۷ (۳): ۳۷-۴۸.
- صادقی، انسیه، سجادیان، ایلناز، و نادری، محمدعلی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۱۶ (۱): ۳۱-۴۸.
- صفرزاده، مجید، و جهانگیری، محمد مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تنش شغلی و سلامت عمومی راهبران قطار شهر کاشان. *فصلنامه علمی تخصصی طب کار*، ۱۰ (۴): ۳۱-۴۰.
- کیامرثی، آذر، نریمانی، محمد، صبحی قراملکی، ناصر، و میکاییلی، نیلوفر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت‌نگر بر عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمالگرا، *مجله روانشناسی مدرسه*، ۷ (۲): ۲۴۰-۲۶۰.
- کهریزی، شقایق، تقوی، محمدرضا، قاسمی، رامین، و گودرزی، محمدعلی. (۱۳۹۶). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی بیماران مبتلا به آسم. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۴ (۱۵۴): ۳۶-۲۷.
- محمدعلیزاده نمینی، اناهیتا، و اسمعیل زاده آخوندی، محمد. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی مؤلفه‌های ذهن آگاهی و مزاج‌های عاطفی در افراد با افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳ (۴): ۲۶-۱۲.

مرادی زاده، سیروس، ویسکرمی، حسنعلی، میردیریکوند، فضل الله، قدم پور، عزت اله، و غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۸). بررسی و مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و واقعیت درمانی بر کاهش کمال گرایی و استرس تحصیلی دانش آموزان دختر تیزهوش. *روانشناسی افراد/استثنایی*، ۹(۳۴): ۷۹-۱۱۰

مشایخ، علی اکبر، و حسینی، علیرضا. (۱۳۹۹). بررسی سلامت عمومی معلمان فعال و غیر فعال شهر چمستان. *مجله علمی علوم حرکتی و رفتاری*، ۳: ۲۳۵-۲۲۷

نریمانی، محمد، زاهد، عادل، و گل پور، رضا. (۱۳۹۱). رابطه ذهن آگاهی، سبک های مقابله ای و هوش هیجانی با سلامت روانی در دانشجویان. *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی*، ۵(۱۹): ۹۱-۱۰۵.

هوشمندی، مرضیه. (۱۳۹۳). رابطه ابعاد کمال گرایی با باورهای معرفت-شناختی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد ارسنجان.

وصالی محمود، روشنک، احدی، حسن، کجیاف، محمدباقر، و نشاط دوست حمیدطاهر. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی ویژه کودکان بر ذهن آگاهی و سلامت روان آن ها. *مطالعات ناتوانی*، ۷(۱۳): ۸-۱

یوسفی، فریده. (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۴): ۸۷۱-۸۹۲

### References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Butler, A. C., Chapman, J. F., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitivebehavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Dockray, S., & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience & Biology-Behavioral Reviews*, 35 (1), 69-75.
- Flett, G. L., Greene, A., & Hewitt, P. L. (2004). Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *Journal of Rational-Emotive Cognitive Behavior Therapy*, 22, 39-57.
- Ford Q, Gross J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology/ psychologie canadienne*, 59(1), 1
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Hu T, Zhang D, Wang J, Mistry R, Ran G, Wang X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analytic review. *Psychological Reports*, 114, 341-362.
- Huffman J.C, Millstein R.A, Mastromauro C.A, Moore S.V, Celano C.M, Bedoya C.A, et al. (2016). A positive psychology intervention for patients with an



- acute coronary syndrome: treatment development and proof-of-concept trial. *J Happiness Stud.*, 17(5): 1985- 2006
- Layous, K., Lee, H., Choi, I., & Lyubomirsky, S. (2014). Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44 (8), 1294–1303.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase wellbeing?. *Current Directions in Psychological Science.*, 22(1): 57-62.
- Melrose, Sh. (2011). Perfectionism and Depression: Vulnerabilities Nurses Need to Understand. *Nursing Research and Practice*, 11 (1), 31-5.
- Peterson, C., Park, N. (2016). Orientation to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6: 25-41.
- Rebecca Crone (2009). Mindfulness –based Cognitive therapy; The CBT Distinctive Feature series; Rebecca Crone.
- Sawyer K, Zunszain P, Dazzan P, Pariante M. (2019). Intergenerational transmission of depression: clinical observations and molecular mechanisms. *Molecular psychiatry*, 24(8), 1157-1177.
- Sayegh L, Locke D, Pistilli D, Penberth J, Chachamovich E, McCullough J, Turecki G. (2015). Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy for treatment-resistant depression: adaptation to a group modality. *Behaviour Change*, 29(2), 97-108
- Segal, Z, V. Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: A New Approach to Preventing cognitive Behavioral therapy. Book Reviews. 1(3), 11.
- Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., & Peterson, Ch. (2005). Positive psychology Progress: Empirical validation of interventions. *American Psychology*, 60 (5), 410-421.
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13, 157- 165.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (5), 467-487.

\*\*\*  
پرسشنامه کمالگرایی

کاملاً مخالفم	مخالفم	نمی دانم	موافقم	کاملاً موافقم	عبارات	رتبه
					۱ وقتی کاری را شروع می کنم، از احتمال شکست در آن نگران می شوم	۱
					۲ وقتی کاری را واقعا خوب انجام می دهم، خانواده و دوستانم به من افتخار میکنند.	۲
					۳ از موشکافی و دقت زیاد در انجام امور احساس غرور می کنم.	۳

- ۴ برای خودم معیارهای عالی و سخت وضع می کنم.
- ۵ سعی می کنم به هر شکل شده از محکوم شدن اجتناب کنم.
- ۶ دوست دارم برای یک موفقیت چشمگیر تحسین شوم.
- ۷ تا وقتی که کاری را کامل انجام ندهم، احساس رضایت نمی کنم.
- ۸ هر چه تلاش می کنم نمی توانم رضایت دیگران را جلب کنم
- ۹ کسب موفقیت کامل به خودی خود یک پاداش است.
- ۱۰ برای کسب موفقیت باید بسیار جدی تر کار کنم.
- ۱۱ با یک اشتباه احساس می کنم همه چیز را از دست داده ام
- ۱۲ تنها وقتی از خودم راضی می شوم که همواره برای رسیدن به معیارهای عالی تر تلاش کنم.
- ۱۳ می دانم چه جور شخصی باید باشم یا می خواهم باشم، اما همیشه احساس می کنم کمتر از آن هستم.
- ۱۴ دیگران به خاطر پیشرفتهایم به من احترام می گذارند.
- ۱۵ در کودکی هر قدر خوب از عهده کاری بر می آمدم هرگز به حدی نبود که والدینم را خشنود سازد.
- ۱۶ فکر می کنم، همه شخص موفق را دوست دارند.
- ۱۷ دیگران انتظار دارند همه چیز را کامل انجام دهم.
- ۱۸ در رقابت با دیگران می خواهند بهترین باشند.
- ۱۹ وقتی محدودیتها و ضعف ها غلبه می کنم احساس خوبی به من دست می دهد.
- ۲۰ وقتی به هدف هایم می رسم، باز هم احساس نارضایتی می کنم.
- ۲۱ دیگران معیارهای عالی من را تحسین می کنند.
- ۲۲ اگر در مورد دیگران کوتاهی کنم، می ترسم آنها به من احترام نگذارند یا برایم اهمیت قائل نشوند.
- ۲۳ دوست دارم دیگران را با موفقیت خودم شاد کنم.
- ۲۴ با پیشرفت های بزرگم تاییدات دیگران را از آن خود می سازم.
- ۲۵ موفقیت هایم، مرا به سوی پیشرفت های بزرگتر برمی انگیزد.
- ۲۶ اگر کاری را ناقص انجام دهم احساس گناه یا شرم می کنم.
- ۲۷ هر قدر کاری را خوب انجام داده باشم، باز هم از عملکردم احساس رضایت نمیکنم.
- ۲۸ فکر می کنم کار سخت و تمرین دقیق باعث کمال می شود.
- ۲۹ از عظمت موفقیت هایم لذت می برم.
- ۳۰ وقتی کاری را کامل انجام می دهم عمیقاً احساس رضایت می کنم.
- ۳۱ احساس می کنم برای کسب تایید و موافقت دیگران باید کامل باشم.
- ۳۲ والدینم مرا تشویق می کردند، تا ممتاز باشم.
- ۳۳ نگرانم اگر اشتباهی مرتکب شوم دیگران چه فکر می کنند.
- ۳۴ از اینکه خودم را تماماً وقف کاری کنم احساس رضایت می کنم.
- ۳۵ وقتی دیگران به من می گویند کامل کردن کاری که انجام می دهم مهارت و سعی فراوان لازم دارد، خوشحال می شوم.
- ۳۶ هر کار کنم دیگران انتظار دارند باز هم بهتر کار کنم (هر کار کنم انتظار دیگران برآورده نمی شود)
- ۳۷ از دقت و صحت بیشتر در انجام امور لذت می برم.

- ۳۸ ترجیح می‌دهم کار که نمی‌توانم انجام دهم شروع نکنم.
- ۳۹ وقتی کاری انجام می‌دهم احساس می‌کنم دیگران با دیدی انتقادی در مورد آن قضاوت خواهند کرد.
- ۴۰ دوست دارم همیشه برای خودم معیارهای خیلی عالی را در نظر بگیرم.

\*\*\*

## پرسشنامه سلامت روانی

(۱) آیا اخیراً احساس کرده‌اید که حالتان بسیار خوب است و از سلامت خوبی برخوردارید؟

بسیار بدتر از معمول      بدتر از معمول      در حد معمول      بیش از معمول

(۲) آیا اخیراً احساس کرده‌اید که به یک داروی نیروبخش موثر احتیاج دارید؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۳) آیا اخیراً احساس کرده‌اید که نیروی کافی ندارید و حالتان خوش نیست؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۴) آیا اخیراً احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۵) آیا اخیراً دچار سردردهایی شده‌اید؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۶) آیا اخیراً در سر خود احساس سنگینی یا فشار کرده‌اید؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۷) آیا اخیراً احساس سرمای شدید یا گرگرفتگی کرده‌اید؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۸) آیا اخیراً خوابتان به دلیل نگرانی زیاد بسیار کم شده است؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۹) آیا اغلب هنگام شب، پس از خواب رفتن از خواب بیدار شده‌اید؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۱۰) آیا احساس کرده‌اید که مدام خسته‌اید؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۱۱) آیا عصبی و بدخلق شده‌اید؟

بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه

(۱۲) آیا بی‌دلیل از چیزی ترسیده یا دچار وحشتزدگی شده‌اید؟

- بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه
- ۱۳) آیا احساس می‌کنید که همه چیز از اختیار شما خارج شده است؟
- بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه
- ۱۴) آیا همواره عصبی و آشفته هستید؟
- بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه
- ۱۵) آیا به گونه‌ای برنامه ریزی کرده‌اید که خود را مشغول و سرگرم نگهدارید؟
- بسیار کمتر از معمول      کمتر از معمول      در حد معمول      بیش از معمول
- ۱۶) آیا برای انجام کارها بیش از گذشته وقت صرف کرده‌اید؟
- بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      در حد معمول      کمتر از معمول
- ۱۷) آیا روی هم رفته احساس می‌کنید کارها را خوب انجام داده‌اید؟
- بسیار بدتر از معمول      بدتر از معمول      تقریباً در حد معمول      بهتر از معمول
- ۱۸) آیا از روشی که برای انجام وظیفه خود به کار برده‌اید راضی هستید؟
- بسیار کمتر از معمول      کمتر از معمول      در حد معمول      بیش از معمول
- ۱۹) آیا احساس می‌کنید نقش موثری در کارها دارید؟
- بسیار کمتر از معمول      کمتر از معمول      در حد معمول      بیش از معمول
- ۲۰) آیا احساس می‌کنید قادر به تصمیم‌گیری در امور هستید؟
- بسیار کمتر از معمول      کمتر از معمول      در حد معمول      بیش از معمول
- ۲۱) آیا می‌توانید از انجام فعالیت‌های عادی خود لذت ببرید؟
- بسیار کمتر از معمول      کمتر از معمول      در حد معمول      بیش از معمول
- ۲۲) آیا خود را فرد بی‌ارزشی می‌دانید؟
- بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه
- ۲۳) آیا احساس می‌کنید زندگی کاملاً ناامید کننده است؟
- بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه
- ۲۴) آیا احساس می‌کنید زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟
- بسیار بیش‌تر از معمول      بیش از معمول      نه بیش از معمول      به هیچ وجه
- ۲۵) آیا درباره‌ی امکاناتی فکر کرده‌اید که می‌توانند شما را از شر خودتان خلاص کنند؟

- قطعاً چنین است | به ذهنم خطور کرده است | چنین فکری نمی‌کنم | هرگز
- ۲۶) آیا بارها فکر کرده‌اید که به علت ناراحتی عصبی هیچ کاری را نمی‌توانید انجام بدهید؟  
بسیار بیش‌تر از معمول | بیش از معمول | نه بیش از معمول | به هیچ وجه
- ۲۷) آیا احساس می‌کنید که آرزو دارید بمیرید و از همه چیز راحت شوید؟  
بسیار بیش‌تر از معمول | بیش از معمول | نه بیش از معمول | به هیچ وجه
- ۲۸) آیا احساس می‌کنید که فکر از بین بردن خود، ذهنتان را مشغول می‌کند؟  
قطعاً چنین است | گاهی به ذهنم می‌آید | چنین فکری نمی‌کنم | هرگز

\*\*\*

## پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

همیشه	اغلب اوقات	برخی اوقات	به ندرت	هرگز	
۵	۴	۳	۲	۱	۱، احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم مقصرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲، فکر می‌کنم مجبورم آنچه که اتفاق افتاده است را بپذیرم
۵	۴	۳	۲	۱	۳، به احساساتم درباره تجربه ناگواری که داشته‌ام فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۴، به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۵، به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۶، به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم
۵	۴	۳	۲	۱	۷، به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.
۵	۴	۳	۲	۱	۸، به این فکر می‌کنم که اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است
۵	۴	۳	۲	۱	۹، احساس می‌کنم دیگران مقصر این اتفاق هستند
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰، حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱، فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش آمده را بپذیرم
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲، افکار و احساسی که در جریان ناگواری تجربه داشته‌ام مرا به خود مشغول می‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳، به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن به آنها نپرداخته‌ام
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴، به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش آمده به بهترین نحو کنار بیایم

۵	۴	۳	۲	۱	۱۵, به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶, به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده‌اند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷, مرتب به میزان فاجعه آمیز بودن تجربه‌ای که داشتم فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸, احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹, به اشتباهاتی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰, فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱, تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشتم بفهمم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲, در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای مطبوع فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳, به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴, به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵, به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاقات دیگر خیلی هم بد نبوده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶, فکر می‌کنم اتفاقی که برایم رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷, به اشتباهات دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸, فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاقات ناگوار و شرایط استرس‌زا خودم هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹, فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰, گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱, به تجارب خوب فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲, به نقشه‌ای برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳, به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴, به خودم می‌گویم در زندگی اتفاقات ناگواری وجود دارد که باید با آن روبرو شد
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵, مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش آمده فکر می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶, حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.

## The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and positive thinking on improving mental health, perfectionism and cognitive emotion regulation strategies in family heads with major depressive disorder

SeyedAliAsghar SeyedEbrahimi<sup>1</sup>

### Abstract

**Aim:** The purpose of this research is the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and positive thinking on improving mental health, perfectionism and cognitive emotion regulation strategies in family heads suffering from major depressive disorder. **Method:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with the control group. The statistical population of the present study included all heads of families suffering from major depressive disorder in Aran and Bidgol cities in 2020, of which 60 people were selected by purposive sampling and in the experimental groups of cognitive therapy based on mindfulness (20 people) and positive thinking (20 people) and control (20 people) were placed. The data were obtained using Garnevsy et al.'s (2001), Terry-Short et al.'s (1995), and Goldenberg's (1979) mental health questionnaires. Seligman et al.'s (2005) positive thinking skills training protocol and Rebecca's (2009) mindfulness-based cognitive therapy were held weekly for eight sessions. The control group received treatment and was put on a waiting list. In line with inferential analysis, analysis of variance with repeated measurements and SPSS 22 software were used. **Result:** The results showed that between the two cognitive therapy groups based on mindfulness and positive thinking and the mental health evidence group ( $P < 0.01$  and  $F = 60.48$ ), compromised self-regulation ( $P < 0.01$  and  $F = 39.40$ ) and uncompromising self-regulation ( $P < 0.01$  and  $F = 50.99$ ), positive perfectionism ( $P < 0.01$  and  $F = 8.76$ ) and negative perfectionism ( $P < 0.01$  and  $F = 27.44$ ), a statistically significant difference there is, and compromised self-regulation in the mindfulness-based cognitive therapy group ( $P < 0.01$ ) and mental health in the positive thinking group at the end of the post-test was higher than the mindfulness-based cognitive therapy group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** It can be concluded that in terms of effectiveness, cognitive therapy training based on mindfulness had the greatest impact on compromised self-regulation and positive thinking on improving mental health.

**Keywords:** Cognitive therapy based on mindfulness, cognitive emotion regulation strategies, mental health, perfectionism, positive thinking

---

<sup>1</sup>. M.A of Psychology Department, Badrood Branch, Islamic Azad University, Badrood, Iran  
Email: merajeentzar@gmail.com