

بررسی نقش ذهن آگاهی و صفات روشن شخصیت در توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری در

بیماران افسرده

لیلا پاکروح*^۱، شادی وفادار^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قشم، هرمزگان، ایران (نویسنده مسئول).

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان، آذربایجان غربی، ایران.

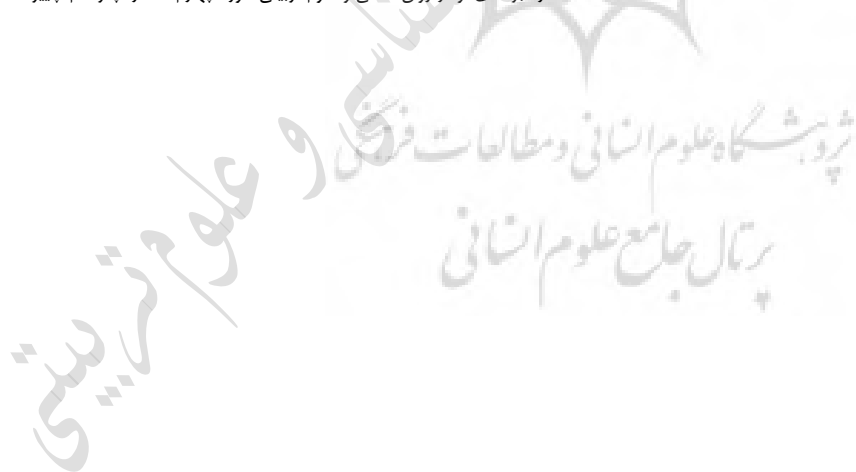
فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره پانزدهم، پاییز ۱۴۰۱، صفحات ۱۴۱-۱۴۶

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی نقش ذهن آگاهی و صفات روشن شخصیت در توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری در بیماران افسرده بود. طرح پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام افراد افسرده‌ی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناختی استان آذربایجان شرقی در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد. در این تحقیق از بین این افراد به تعداد تقریبی ۲۵۰ نفر نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. برای سنجش آزمودنی‌ها از پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی بائر و همکاران (۲۰۰۶)، مقیاس صفات سه‌گانه روشن شخصیت جانسون (۲۰۱۸)، پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی (۲۰۱۳)، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) استفاده گردید. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد که ذهن آگاهی و صفات روشن شخصیت نقش معناداری در توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری در بیماران افسرده ایفا می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، صفات روشن شخصیت، توانایی‌های شناختی، تاب‌آوری، افسردگی.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره پانزدهم، پاییز ۱۴۰۱



مقدمه

افسردگی^۱ به عنوان یک اختلال روانشناختی از دلایل اصلی ناتوانی در افراد است (آرتور و همکاران^۲، ۲۰۲۰) و واکنشی است که افراد هنگام مواجهه با داغ دیدگی یا فقدان (از دست دادن شخصی به صورت مرگ یا جدایی و از دست دادن اموال) احساس می کنند. این اختلال شامل یک دوره زمانی حداقل دوهفته ای است (کی و همکاران^۳، ۲۰۲۰) که در طی دوران افسردگی، خلق افسرده، بی علاقه‌گی، کاهش اعتماد به نفس، احساس گناه، افکار خودکشی و کاهش توانایی تمرکز و تفکر و اختلال در خواب و فعالیت های حرکتی فرد ظاهر می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). افسردگی عامل اصلی ناتوانی در افراد ۱۲ تا ۴۴ ساله است (لیو و همکاران^۵، ۲۰۱۷) و بر طبق پیش بینی ها در سال ۲۰۳۰ عامل اصلی بار بیماری خواهد بود (هالاریس^۶، ۲۰۱۷). افسردگی پیامدهای جدی بسیاری دارد و همچنین اثرات مهمی بر نسل های آینده می گذارد؛ فرزندان که با مادران دچار افسردگی اساسی زیسته اند، بیشتر در معرض خطر افسردگی قرار دارند؛ خودکشی بدترین پیامد افسردگی است؛ مسئله خودکشی در افراد افسرده بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ به یک میلیون نفر رسید (واکلاویکوا، آیدی^۷، ۲۰۱۸). در سال ۲۰۱۸ نیز دومین علت مرگ و میر افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله خودکشی بوده است (سازمان بهداشت جهانی^۸، ۲۰۱۸).

افسردگی به نوبه ی خود موجب مشکلات جسمانی و روانی از قبیل خستگی، تحریک پذیری، مسخ شخصیت و کاهش تاب آوری^۹ می شود (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). تاب آوری در سلامت روان افراد از اهمیت بسیاری برخوردار است؛ چراکه نشان دهنده ظرفیت هر فرد برای انطباق با موفقیت است که او را در شرایط دشوار نیز به سوی بهبود شرایط فرامی خواند (ماستن^{۱۰}، ۲۰۱۸). تاب آوری به فرایند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی که موجب سازگاری یا عملکرد موفقیت آمیز در هنگام مواجهه با شرایط استرس زا می شود، تعریف می گردد (فولکه^{۱۱}، ۲۰۱۶) که در آن تعادل حیاتی به کارکرد قبلی خود بازمی گردد. تاب آوری نوعی توانایی فطری برای رشد است که در انسان به عنوان یک ارگانیزم وجود دارد و در حقیقت، تاب آوری نوعی مکانیزم سازش مثبت را ایجاد می کند که چندین عامل فردی و اجتماعی را تحت عنوان عوامل محافظتی در تقویت فرد و کاهش عوامل خطر آفرین به کار می گیرد (یاماگوچی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۷). طبق نظر بونی^{۱۳} (۲۰۰۵) تاب آوری متشکل از چهار صفت توانمندی اجتماعی، مهارت های حل مسئله، خودمختاری، حس هدفمندی و آینده نگری می باشد. این صفات با سایر عوامل

¹ Depression

² Arthur, Savva, Barnes, BorjianBorojony, Dening, Jagger, Matthews, Robinson, Brayne

³ Qi, Yang, Tan, Wu, Zhou

⁴ American Psychiatric Association.

⁵ Liu, Adibfar, Herrmann, Gallagher, & Lancto^t.

⁶ Halaris

⁷ Waclawiková, El Aidy

⁸ World Health Organization

⁹ Resilience

¹⁰ Massten

¹¹ Folke

¹² Yamaguchy, kawata Y, Shibata, HiroSawa

¹³ Bonnie

ایجادکننده تاب‌آوری از جمله ارزیابی محیطی واقع‌بینانه، امکان خودباوری را برای فرد فراهم می‌نماید و باور به آینده‌ای نویدبخش و امید به غلبه بر دشواری‌ها را در فرد ایجاد می‌کند. افراد تاب‌آور از توان برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف برخوردارند. نسبت به خود دیدگاه مثبت دارند. به توانایی‌های فردی خود اطمینان و اعتماد دارند. مهارت‌های گفتگو، جرأت‌مندی، آمادگی برای گوش دادن به دیگران و احترام گذاشتن به احساسات و عقاید دیگران را دارند. نظم و ترتیب و ثبات و امنیت در زندگی فردی را نیز دارند. (محمودی، قاسمی، ۲۰۱۷). پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب‌آور، پس از رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمول خود بازمی‌گردند و حتی عملکرد برخی پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می‌کند. افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، در برابر آسیب‌ها و استرس‌های اجتناب‌ناپذیر تجربه مقاومت بیشتری دارند، بیشتر احتمال دارد معنای مثبتی در استرس‌هایی که تجربه می‌کنند پیدا کنند (فولکه، ۲۰۱۶).

یکی از مواردی که در بیماران افسرده با مشکل مواجه می‌شود توانایی‌های شناختی^۱ می‌باشد. توانایی‌های شناختی شامل فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب، پردازش، نگهداری و کاربرد اطلاعات هستند (نظری، خیرخواه، دهشیری، جابری و بیژنی، ۲۰۱۰). این توانایی‌ها رابط بین رفتار و ساختار مغز هستند و دربرگیرنده گستره وسیعی از توانایی‌ها (شامل برنامه‌ریزی، توجه، بازداری پاسخ، حل مسئله، انجام همزمان تکالیف و انعطاف‌پذیری شناختی) هستند. این موارد فقط بخشی از توانایی‌های شناختی هستند که پایه آن‌ها منطق است. این توانایی‌ها شناخت سرد نامیده می‌شوند. اساس بخشی دیگر از توانایی‌های شناختی که به شناخت گرم موسوم هستند و در تجربه پاداش و تنبیه، تنظیم رفتارهای اجتماعی و تصمیم‌گیری در حالت‌های هیجانی نقش دارند، خواسته‌ها، باورها و هیجان‌ها هستند (مادریگال^۲، ۲۰۰۸). گزار شده است بیماران افسرده نسبت به افراد بهنجار در پاره‌ای از آزمون‌های شناختی نظیر دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین به‌طور معناداری ضعیف‌تر عمل می‌کنند (رحیمی، هاشمی و محمدی، ۲۰۱۱) و در پاره‌ای از اعمال شناختی و کارکردهای اجرایی مشکل دارند (باکر و همکاران^۳، ۲۰۱۴).

به نظر می‌رسد که بیشتر اشتغالات فکری افراد افسرده در مورد رویدادهای گذشته است؛ بنابراین به نظر می‌رسد که بیماران افسرده توانایی لذت بردن از زمان حال را ندارند که این مسئله را می‌توان در قالب مفهوم ذهن آگاهی^۴ تبیین نمود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های معنوی شرقی به‌ویژه آیین بودایی دارد. ذهن آگاهی را به‌صورت توجه کردن به شیوه‌های خاص، هدفمند در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف کرده‌اند (سگال، ویلیامز و تیزدل^۵، ۲۰۱۲). تمرین‌های ذهن آگاهی باعث افزایش بهزیستی ذهنی (کرد، ۲۰۱۶؛ مهدی پور، ۲۰۱۷) و توانایی تاب‌آوری (اسماعیلیان، ۲۰۱۸؛ زرنقاش، ۲۰۱۶)

¹ Cognitive Abilities

² Madrigal

³ Backes, Dietsche, Nagels, Stratmann, Konrad, Kircher & Krug,

⁴ Mindfulness

⁵ Segal, Williams, Teasdale

می شود. پژوهش های متعدد حاکی از ارتباط منفی مهارت های ذهن آگاهی با افسردگی (مایر و همکاران^۱، ۲۰۱۹؛ اشنایدر و همکاران^۲، ۲۰۱۹؛ کلاوت و همکاران^۳، ۲۰۱۹) است.

از جمله متغیرهای دیگری که می تواند با افسردگی ارتباط داشته باشد؛ می توان به الگوها و صفات شخصیتی فرد اشاره نمود حوزه روان شناسی شخصیت به ویژه آسیب شناسی شخصیت انباشته از مدل های مختلفی است که سعی در فرمول بندی الگوهای شخصیتی مرضی و ناسازگار به ویژه رفتارها و صفات ضد اجتماعی داشته اند. به عنوان یک نمونه، مدل صفات سه گانه تاریک شخصیت^۴ که شامل ماکیاولیسم^۵، جامعه ستیزی^۶ و خودشیفتگی^۷ (یوسفی و پیری، ۱۳۹۵) است؛ اما آنچه در این حوزه مورد غفلت قرار گرفته است توجه به جنبه های مثبت شخصیت و به عبارت دیگر رفتارها و صفات اجتماع پسند شخصیت بوده است که متشکل از سه مؤلفه همدلی^۸، شفقت^۹ و نوع دوستی^{۱۰} است (جانسون^{۱۱}، ۲۰۱۸). همدلی توانایی مهمی است که از آسیب به دیگران جلوگیری می کند و نیروی برانگیزاننده رفتارهای اجتماعی است که انسجام گروهی را در پای دارد (مورلی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۵). همچنین به فرد کمک می کند که در روابط اجتماعی بتواند به خوبی، دیگران و موقعیتی که دیگران در آن قرار دارند را درک کند (خوشروش، خسروجاوید و حسین خانزاده، ۱۳۹۴). همدلی عنصری ضروری برای عملکردهای موفقیت آمیز بین شخصی محسوب می شود (سوسا و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۰) و پاسخ عاطفی فرد به واکنش های عاطفی دیگران است (علی و همکاران^{۱۴}، ۲۰۰۹). بر اساس شواهد نظری و تجربی موجود، یکی از معابر مفهومی توضیح دهنده تمایز در کارکرد جهت گیری های هدف پیشرفت اجتماعی در پیش بینی کنشوری یادگیرندگان در موقعیت های اجتماعی، بر کیفیت روانی پاسخ دهی همدلانه در آن ها مبتنی است (سیلکی، برادی، بایلان و دولان^{۱۵}، ۲۰۱۸؛ جیانگ، دانگ و جیانگ^{۱۶}، ۲۰۲۰). شواهد نشان داده اند که خصیصه همدلی بر خلاف نشخوارگری فکری بازدارنده رفتارهای ناسازگارانه و تسهیلگر رفتارهای سازگارانه است. همدلی به عنوان زیرساخت اساسی رفتارهای اخلاقی در زندگی اجتماعی از نقش مهمی برخوردار است و نیروی انگیزاننده رفتارهای اجتماعی و در نهایت انسجام گروهی است (نگایب، سیندای، اتار، الشویبی و حامد^{۱۷}، ۲۰۲۰)؛ بنابراین، ویژگی همدلی از طریق توانایی سهیم شدن در حالت هیجانی، دریافت پس خوراند از روابط بین شخصی

¹ Mayer, Polak, Remmerswaal

² Schneider, Zavos, McAdams, Kovas, Sadeghi S, Gregory

³ Calvete E, Morea A, Orue L

³ Dark Triad Personality

⁴ Machiavellianism

⁵ Psychopathy

⁶ Narcissism

⁷ Empathy

⁸ Compassion

⁹ Altruism

¹¹ Jonson

¹² Morelli, Lieberman, & Zaki

¹³ Sosua, McDonald, Rushby, Dimoska, & James

¹⁴ Ali, Amorim, & Chamorro-Premuzic

¹⁵ Silke, Brady, Boylan, & Dolan

¹⁶ Jiang, S., Dong, L., & Jiang, C

¹⁷ Naguib, Sindi, Attar, Alshouibi, & Hamed

و آگاهی از احساسات دیگران، مشکلات بین شخصی را کاهش داده و زمینه بهبود روابط اجتماعی را فراهم می آورد (صفاری نیا، دهستانی و فطری، ۱۳۹۶). نوع دوستی به نگرانی غیرخودبینانه برای رفاه دیگران که به صورت انجام کاری خارج از تمایل شخص و بدون دریافت چیزی بجای آن می باشد، اشاره دارد (ماندال و مهرا، ۲۰۱۷). نوع دوستی به تمایل برای فداکاری های اساسی برای سود رساندن به دیگران اشاره دارد (الیس و همکاران^۱، ۲۰۱۸). رکن سوم نیز شفقت می باشد. اکمن^۳ (۲۰۱۴) چهار بعد برای شفقت پیشنهاد کرده است: ۱) شفقت همدلانه (لمس احساسات رنج آور دیگران)، ۲) شفقت عملی (انجام عملی در جهت تسکین و کاهش رنج)، ۳) شفقت اندیشناک (انگیزه برای کمک)، ۴) شفقت امیدبخش (تمایل شناختی بیشتر برای رشد دادن شفقت در خود). این تعاریف از شفقت این سازه را با مفاهیم دیگر از جمله انسان دوستی، محبت، همدردی، همدلی و سخاوتمندی مرتبط می سازند؛ بنابراین شفقت یک جهت گیری ذهنی است که درد و جهان شمولی آن در تجربه انسانی را مشخص کرده و ظرفیت روبرو شدن به همراه مهربانی، همدلی، انصاف و شکیبایی با درد را تصدیق می کند.

با توجه به مطالب ذکر شده و با توجه به نقش متغیرهای مطرح شده در افسردگی و خلأ موجود در بررسی این متغیرها در تعامل با یکدیگر در پیشینه پژوهش، این پژوهش با هدف بررسی نقش ذهن آگاهی و صفات روشن شخصیت در توانایی های شناختی و تاب آوری در بیماران افسرده انجام می شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از نظر روش انجام یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام افراد افسرده مراجعه کننده به کلینیک های روانشناختی استان آذربایجان شرقی در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد. در این تحقیق از بین این افراد به تعداد تقریبی ۲۵۰ نفر نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد.

ابزار

۱) پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی: این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۳۹ ماده ای است که به وسیله بائر و همکاران (۲۰۰۶) طراحی شد. این پرسشنامه از ۵ خرده آزمون مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت در مورد تجارب درونی و عدم واکنش تشکیل شده است. در بررسی طراحان، پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳ و برای خرده آزمون ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ در نوسان بوده است. همچنین روایی این مقیاس به روش روایی سازه و با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مطلوب گزارش شده است. در ایران نیز پایایی آزمون در پژوهش (تمنایی فرد، ۲۰۱۸) بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ گزارش شد

۲) مقیاس صفات سه گانه روشن شخصیت: این مقیاس توسط جانسون (۲۰۱۸) به عنوان یک نسخه کوتاه برای سنجش صفات روشن شخصیت که شامل سه مؤلفه همدلی، شفقت و نوع دوستی بود، با اقتباس از ابزارهای موجود ساخته شده است. دارای ۲۴ گویه است که از آزمودنی ها می خواهد تا در یک مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) پاسخ بدهند. در این مقیاس

¹ Mandal, M; Mehra, C

² Ellis, L; Hoskin, A; Ratanasingam, M

³ Ekman

هرکدام از صفات سه‌گانه به وسیله ۸ گویه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (همدلی: گویه‌های ۱ تا ۸؛ شفقت: گویه‌های ۹ تا ۱۶؛ نوع‌دوستی: گویه‌های ۱۶ تا ۲۴) و سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۱۰، ۷، ۴، ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بررسی سازندگان اصلی نشان داد که ساختار سه عاملی مقیاس قابل‌کشف بود، همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی برازش مدل اکتشاف شده حاکی از تأیید مدل سه عاملی بود (مقدار χ^2 دو برابر با ۸۴۸/۹۵ و درجه آزادی برابر با ۲۶۶، شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد برابر با ۰/۰۷، شاخص برازش مقایسه‌ای برابر با ۰/۹۲ و شاخص توکر-لوییس برابر با ۰/۹۱ بود). ضریب همسانی درونی گویه‌های مقیاس برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ و برای مؤلفه‌های همدلی، شفقت و نوع‌دوستی به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۹ به دست آمده بود.

(۳) پرسشنامه توانایی‌های شناختی: نجاتی (۲۰۱۳) این پرسشنامه را طراحی و اعتبار یابی کرد و شامل ۳۰ سؤال است که براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) تنظیم شده است و کمترین و بیشترین نمره قابل‌دستیابی، به ترتیب ۳۰ و ۱۵۰ است. برای هنجاریابی سه مطالعه مقطعی مجزا اجرا شده‌اند. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفای ۰/۸۳ برای کل ابزار و همسانی درونی خرده مقیاس‌ها برای حافظه (۰/۷۵)، کنترل مهارتی و توجه انتخابی (۰/۶۲)، تصمیم‌گیری (۰/۶۱)، برنامه‌ریزی (۰/۵۷)، توجه پایدار (۰/۵۳)، شناخت اجتماعی (۰/۴۳) و انعطاف‌پذیری شناختی (۰/۴۵) به دست آمد. در مطالعه دوم، برای بررسی پایایی آزمون، از روش بازآزمایی استفاده شد که این ضریب ۰/۸۶ به دست آمد و در مطالعه سوم، برای بررسی روایی ملاکی پرسشنامه از دو گروه متضاد استفاده شد که نتایج حاکی از روایی مقیاس بود (نجاتی، ۲۰۱۳).

(۴) پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): کانر و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی سال‌های ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ تهیه نمودند. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال با طیف ۵ درجه‌ای کاملاً نادرست تا کاملاً درست است که نمره ۱ تا ۵ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. نتایج تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چندبعدی است و دارای ۵ مؤلفه‌ی تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی / تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. آن‌ها روایی پرسشنامه را از طریق بازآزمایی ۰/۷۳ و پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کردند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در پژوهش مرادی و قدرتی میر کوهی (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه گردید.

(۵) پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱): پرسش‌نامه ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ای.تی. بک، وارد مندل سون^۱، موک^۲ و اریاف^۳ معرفی شد؛ در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و

¹ Ward Mendelson

² Mock

³ Erbaugh

... هستند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است که نمره ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید می باشد. بک و (۱۹۹۶) ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش نامه افسردگی بک نیز پژوهش های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش نامه افسردگی بک با مقیاس درجه بندی روان پزشکی همیلتون، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است. همچنین مطالعه دیگری ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای آن گزارش نمود (دابسون، ۲۰۰۷). موتابی و همکاران نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفا کرونباخ را ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده اند (موتابی و همکاران، ۲۰۱۱).

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب ۲۵۰ نفر از افراد افسرده که توسط روانشناسان کلینیک های روانشناختی این تشخیص را گرفته بودند، به علت شرایط خاص پیش آمده ناشی از شیوع ویروس کرونا، پژوهشگر اجباراً اقدام به جمع آوری داده ها و پخش پرسشنامه ها به صورت اینترنتی و مجازی در بین این آزمودنی ها نمود. بدین صورت که پس از تعبیه لینک اینترنتی برای پرسشنامه ها، لینک در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت و آن ها با مراجعه به لینک مورد نظر نسبت به تکمیل پرسشنامه ها اقدام نمودند. در ابتدا و قبل از این که افراد شرکت کننده پاسخگویی به سؤالات را شروع نمایند، توضیحاتی مقدماتی در رابطه با اهداف پژوهش، مقیاس ها و نحوه تکمیل آن ها و اطمینان دهی از محرمانه بودن اطلاعات وارد شده و اختیاری بودن نوشتن نام و نام خانوادگی ارائه شد. پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها، نتایج در توسط نرم افزار SPSS ورژن ۲۶ تجزیه و تحلیل شد به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، ضریب همبستگی و رگرسیون گام به گام با رعایت پیش فرض های آماری در نظریه های رگرسیون استفاده شد.

جدول ۱. شاخص های آماری متغیرهای پژوهش

مؤلفه ها	میانگین	انحراف معیار
ذهن آگاهی	۱۳۱/۰۸	۱۱/۳۰
همدلی	۲۲/۳۴	۵/۶۹
شفقت	۲۲/۷۰	۵/۳۷
نوع دوستی	۲۲/۵۰	۵/۳۷
توانایی شناختی	۷۱/۲۶	۸/۲۸
تاب آوری	۶۷/۳۴	۱۰/۶۹

¹ Dabson, Mohammadkhani, Massah Choolabi

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۲. مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش

کلموگروف - اسمیرنوف		نرمال بودن توزیع نمرات
معنی داری	آماره	
۰/۱۷۷	۰/۱۱۲	ذهن آگاهی
۰/۱۸۱	۰/۱۳۶	همدلی
۰/۲۰۰	۰/۱۴۸	شفقت
۰/۲۰۰	۰/۱۹۲	نوع دوستی
۰/۱۷۷	۰/۱۱۷	توانایی شناختی
۰/۱۹۰	۰/۱۹۰	تاب آوری

برای نشان دادن نرمال بودن نمونه ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به نمرات آزمون کلموگروف - اسمیرنوف و همچنین سطح معناداری به دست آمده از این آزمون، با احتمال ۰/۹۵ درصد اطمینان به نرمال بودن توزیع را تأیید می کند.

جدول ۳. نتایج آزمون دوربین-واتسون برای استقلال مشاهدات

دوربین واتسون (خودهمبستگی)	مدل های پژوهش
۲/۴۴	توانایی های شناختی ** ذهن آگاهی
۱/۹۰	توانایی های شناختی ** صفات روشن شخصیت
۲/۲۱	تاب آوری ** ذهن آگاهی
۲/۰۸	تاب آوری ** صفات روشن شخصیت

بر اساس جدول شماره (۳) می توان گفت که چون مقدار آماره ی این آزمون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار دارد، می توان استقلال مشاهدات را پذیرفت و تحلیل را دنبال کرد. از آنجایی که آماره های دوربین-واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است، نشان دهنده ی استقلال خطاهای متغیرهای پژوهش است.

جدول ۴. نتایج آزمون نیکویی برازش

سطح خطا	سطح معنی داری	F جدول	آماره F آزمون نیکویی برازش
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۴/۱۲	۴/۶۱

بر اساس نتایج جدول شماره (۴) آماره F آزمون نیکویی برازش از مقدار آماره F جدول بیشتر است و سطح معنی داری مدل کمتر از سطح خطای (۰/۰۵) است؛ لذا در این مدل، تغییرات متغیر وابسته به صورت معنی داری قابل توجیه است و می توان از رگرسیون چندمتغیره استفاده کرد.

جدول ۵. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

ضریب همبستگی	ذهن آگاهی	همدلی	شفقت	نوع دوستی	توانایی شناختی	تاب آوری
ذهن آگاهی	۱					
همدلی	۰/۲۳۳**	۱				
شفقت	۰/۳۰۹**	۰/۴۱۶**	۱			
نوع دوستی	۰/۲۸۸**	۰/۴۴۳**	۰/۲۸۲**	۱		
توانایی شناختی	۰/۳۲۶**	۰/۱۹۶**	۰/۱۲۸**	۰/۱۸۰**	۱	
تاب آوری	۰/۳۸۱**	۰/۳۵۰**	۰/۳۱۴**	۰/۲۹۷**	۰/۱۷۷	۱

یافته‌های جدول شماره (۵) نشان می‌دهد که بین ذهن آگاهی با توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری رابطه‌ی مثبت و معنادار و بین صفات روشن شخصیت (همدلی، شفقت و نوع دوستی) با توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری رابطه‌ی معناداری وجود دارد ($P < 0.05$).

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه پیش‌بینی مؤلفه‌ی توانایی شناختی و تاب‌آوری بر اساس صفات روشن شخصیت و ذهن آگاهی

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	R	R2	F	sig	خطای استاندارد	بتا	T	sig
همدلی	توانایی شناختی	۰/۲۹۶	۰/۲۹۲	۱۸/۲۵	۰/۰۲۳	۰/۰۲۴	۰/۲۵۵	۷/۲۱۳	۰/۰۴۲
شفقت							۰/۲۹۶	۴/۸۰۹	۰/۰۱۹
نوع دوستی						۰/۰۹۰	۰/۳۲۸	۸/۱۱۲	۰/۰۰۴
همدلی						۰/۰۱۹	۰/۲۱۴	۶/۱۱۵	۰/۰۳۰
شفقت	تاب‌آوری	۰/۳۱۹	۰/۳۱۱	۲۳/۷۱	۰/۰۱۱	۰/۰۱۰	۰/۲۵۵	۴/۱۰۶	۰/۰۱۰
نوع دوستی						۰/۰۶۱	۰/۳۱۱	۷/۶۰۴	۰/۰۰۲
ذهن آگاهی	توانایی شناختی	۰/۳۲۹	۰/۳۲۲	۲۷/۳۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۹	۰/۳۵۶	۶/۰۱۴	۰/۰۰۴
ذهن آگاهی	تاب‌آوری	۰/۲۸۸	۰/۲۸۱	۱۵/۳۸	۰/۰۰۵	۰/۰۲۳	۰/۲۸۸	۴/۱۱۵	۰/۰۰۵

همان‌طور که در جدول شماره (۶) مشخص است ذهن آگاهی و صفات روشن شخصیت نقش معناداری در توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری در بیماران افسرده ایفا می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش ذهن آگاهی و صفات روشن شخصیت در توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری در بیماران افسرده بود. یافته‌ی اول نشان داد ذهن آگاهی نقش معناداری در توانایی‌های شناختی بیماران افسرده ایفا می‌کند. یافته‌ی این قسمت از پژوهش مؤید پژوهش‌های گذشته است (دنيس و واندر، ۲۰۱۰؛ تامپسون و همکاران^۱، ۲۰۱۱؛ رحمانی و همکاران، ۱۳۹۵). در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد مراقبه ذهن آگاهی باعث افزایش ضخامت قسمت خاکستری مغز می‌شود (موران^۲، ۲۰۱۰) که به ارتقای یادگیری، حافظه و تنظیم هیجانی منجر می‌شود از این‌رو افرادی که دارای ذهن آگاهی بالایی هستند، به راحتی می‌توانند مهارت‌های بدنی کسب نمایند و این امکان وجود دارد تا افرادی که دارای ذهن آگاهی بالاتری هستند، توانایی بیشتری برای کسب مهارت‌ها داشته باشند که باعث ارتقای عملکرد آنان نیز می‌شود (هاسکر^۳، ۲۰۱۰). پس ذهن آگاهی می‌تواند با مؤلفه حافظه رابطه داشته باشد. با توجه به نتایج پژوهش رایبیز^۵ (۲۰۰۲) بسیاری از تمریناتی که برای بهبود ذهن آگاهی استفاده می‌شوند، تمرینات توجه‌ی پایدار را شامل می‌شوند. می‌توان انتظار داشت اگر آموزش ذهن آگاهی توانایی سرمایه‌گذاری توجه فرد بر لحظه کنونی را

¹ Dennis, Vander Wal

² Thompson, Kaufman, de Petrillo, Glass, Arnkoff

³ Moran

⁴ Hasker

⁵ Robins

بهبود بخشید، در اثر تمرین بتواند با افزایش انعطاف پذیری شناختی، پردازش هایی را دوباره تحت کنترل درآورد که خودکار می شوند (دنيس، ۲۰۱۰)

یافته دوم نشان داد ذهن آگاهی نقش معناداری در تاب آوری بیماران افسرده ایفا می کند. یافته‌ی این قسمت از پژوهش مؤید پژوهش های گذشته است (نیرومندی و همکاران، ۱۳۹۹؛ صدیقی ارفعی و همکاران، ۱۳۹۵). کی و پیدجئون^۱ (۲۰۱۴) در پژوهشی رابطه‌ای مثبت و معنی دار بین ذهن آگاهی و تاب آوری یافتند. در واقع نتیجه گرفتند که افرادی با سطح بالاتر ذهن آگاهی از سطح بالای تاب آوری نیز برخوردار می باشند. تامپسون و همکاران (۲۰۱۱) یافتند که به طور معناداری تاب آوری تحت تأثیر ذهن آگاهی است. همچنین شواهدی مبنی بر رابطه بین ذهن آگاهی و تاب آوری وجود دارد که بیان می کند که ذهن آگاهی پیش بینی کننده تاب آوری است. طی چند دهه گذشته، پژوهش هایی زیادی نشان داده اند که ویژگی هایی چون خودکارآمدی، مهارت حل خلاقانه مسئله، درون گرایی و توانایی تعامل با زمان حال به طور معنادار با تاب آوری رابطه دارند. پژوهش های اخیر نشان می دهند که بسیاری از این ویژگی های که با تاب آوری رابطه دارند، با ذهن آگاهی نیز ارتباط دارند. (کی و پیدجئون، ۲۰۱۴) در تبیین این یافته بیان کردند که افراد با ذهن آگاهی بالاتر، تاب آوری بالاتری دارند؛ به عبارت دیگر، سطح بالاتر ذهن آگاهی ممکن است به افراد کمک کند تا شرایط سخت را پشت سر گذارند و به سطح بالاتر در تاب آوری دست یابند. افراد ذهن آگاه بهتر می توانند بدون انجام رفتارهای غیرارادی و غیرانطباقی به شرایط سخت پاسخ دهند. آنها در مقابل ادراکات جدید باز برخورد می کنند، تمایل دارد خلاق تر باشند و بهتر می توانند با شرایط، افکار و احساسات سخت بدون ضعف و ناراحتی مقابله کنند (باجاج و پانده^۲، ۲۰۱۵). وقتی فرد با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبه رو می شود با قضاوت نکردن درباره تجربیات، بیشتر از آنچه که می بیند و هست و چیزی که باید باشد، آگاه می شود و در نتیجه این آگاهی می تواند تاب آوری بیشتری از خود نشان دهد. ذهن آگاهی امکان مقابله سازگارتر و مدیریت محرک های نامطلوب را فراهم می آورد. افرادی که از ذهن آگاهی بالاتری برخوردارند، شایستگی بیشتری را گزارش می کنند (ویلسون و همکاران^۳، ۲۰۲۰). در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می دهند و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای مقابله ای سازنده و جدید استفاده کند (مورگان و همکاران^۴، ۲۰۱۶) و بدین ترتیب در این فرآیند فرد با تمرین توجه و با به چالش کشیدن محتوای افکار و هیجان های خود بر مشکلاتش فائق می آید (جلالی، آقایی، طالبی و مظاهری، ۱۳۹۴).

یافته سوم نشان داد صفات روشن شخصیت نقش معناداری در توانایی های شناختی بیماران افسرده ایفا می کند. یافته‌ی این قسمت از پژوهش مؤید پژوهش های گذشته است (بوتوین و همکاران^۵، ۲۰۱۴؛ گیلبرت^۶، ۲۰۱۴). در فرآیند خود شفقت ورزی، افراد افسرده مطلع می شوند که بین آنها و دیگران تفاوت هایی وجود دارد که باید پذیرفته شود و با این تفاوت ها و تمایزهای احتمالی در کنار هم به رابطه و دوستی و هم نشینی ادامه دهند. آنها به مفهوم همنوایی گروهی دست می یابند و در نهایت می پذیرند که با

¹ Keye, Pidgeon

² Bajaj, Pande

³ Wilson., Weiss & Shook

⁴ Morgan, Danitz, Roemer, & Orsillo

⁵ Botvin, & Griffin

⁶ Gilbert

کمک یادگیری مهارت‌های زندگی با توجه به اختلاف‌نظرها و همراهی‌های احتمالی، زندگی مسالمت‌آمیز و سازگاری داشته باشند که این موارد توانایی‌های شناختی را در این افراد افزایش می‌دهد (بوتوین و همکاران، ۲۰۱۴). افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آنجا که با سختگیری کمتری خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان، دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است؛ زیرا که قضاوت خود در این افراد نه به سلامت یک خود انتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سلامت یک تورم خود دفاعی. بر اساس یافته‌های (گیلبرت، ۲۰۱۴) شفقت خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یادآوردن حوادث منفی گذشته، و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر حرمت خود و عواطف منفی در ارتباط است و به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی منجر می‌شود. افرادی که شفقت خود بالایی دارند، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند و می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه هستند در ارتباط ببینند؛ اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان، کمتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند که این مسئله می‌تواند با افزایش توانایی‌های شناختی در آن‌ها همراه باشد (گیلبرت، ۲۰۰۹)

یافته چهارم نشان داد صفات روشن شخصیت نقش معناداری در تاب‌آوری بیماران افسرده ایفا می‌کند. یافته‌ی این قسمت از پژوهش مؤید پژوهش‌های گذشته است (کاتالانو^۱، ۲۰۰۲؛ امین زاده، کاظمیان، اسماعیلی و اسمری، ۱۳۹۶؛ ساراویا^۲، ۲۰۱۹). به‌عنوان مثال در پژوهشی که توسط کاتالانو (۲۰۰۲) نشان داده است که مهارت‌های تاب‌آوری با افزایش خودانگیزختگی، لیاقت اجتماعی و همدلی همراه بوده است. در همین رابطه پژوهش انجام‌شده توسط امین زاده، کاظمیان، اسماعیلی و اسمری (۱۳۹۶) که به بررسی رابطه بین همدلی و تاب‌آوری در مادران دارای کودکان کم‌توان جسمی پرداخته است، نشان داده که بین این دو مؤلفه (همدلی و تاب‌آوری) رابطه مثبت وجود دارد. پژوهشی دیگری که توسط ساراویا (۲۰۱۹)، انجام گرفته است، نشان داده است که آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی که از مؤلفه‌های شفقت می‌باشد در جهت ارتقای میزان تاب‌آوری سربازان، به افزایش توانایی درک بیشتر و بهتر دیگران و کاهش تضادها بین افراد منجر شده است که این امر علاوه بر افزایش تاب‌آوری به سربازان در جهت بهبود همدلی و روابط اجتماعی دوستانه کمک کرده است. در همین راستا فردریکسون و جونیر^۳ (۲۰۱۱) معتقدند که هیجان‌ات مثبت منابع روانشناختی بسیار مهمی هستند که به افراد کمک می‌کنند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثر استفاده نمایند. شفقت به خود باعث می‌شود نوجوانان ترس کمتری از شکست داشته باشند و شایستگی خود را درک و ملاحظه کنند. بر اساس این مفهوم افرادی که شفقت به خود بالایی دارند شکست‌ها و کام‌نایافتگی‌هایی که خود علت آن هستند را می‌پذیرند و به این موضوع معتقدند که تمامی انسان‌ها نیز می‌توانند دچار لیزش و اشتباهات شوند؛ بنابراین افرادی که خودشفقت ورز هستند سلامت روان و تاب‌آوری بیشتری را نسبت به افرادی که خودشفقت ورزی کمتری دارند، تجربه می‌کنند (کرمی و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین ارزیابی مهربانانه از خود، پذیرش خود را افزایش داده و کیفیت روابط بین فردی را بهتر می‌کند و میل افراد برای بهبودی و تحول مثبت را افزایش داده و

¹ Catalano

² Saravia

³ Fredrickson&Joiner

توانایی آن‌ها را برای مدیریت کردن زندگی بیشتر می‌کند و در نتیجه از این طریق می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی و تاب‌آوری در افراد شود. شفقت به خود به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند که این موضوع به بهزیستی و کیفیت زندگی بهتر و در نتیجه سلامت عمومی بالاتر، منجر می‌شود (گل پور، ۲۰۱۷). افراد دارای شفقت به خود بالا، در موقعیت‌های مختلف و چالش‌انگیز کارآمد عمل می‌کنند و آنان به واسطه مهربانی با خود، شایستگی‌های خود را شناسایی می‌کنند و بدین ترتیب تاب‌آوری بیشتری در برابر مشکلات کسب می‌کنند (دشت بزرگی و همایی، ۱۳۹۶). افرادی که شفقت بالایی نسبت به خود دارند، تمایل بیشتری برای پذیرش مسئولیت خود در حوادث منفی زندگی دارند، می‌توانند اتفاق‌های منفی را آن‌چنان‌که هستند بدون اتخاذ رویکردی قضاوت گونه نسبت به خود درک کنند و در عین حال، حوادث منفی را کمتر مورد نشخوار فکری قرار دهند و بدین ترتیب شایستگی و استحکام خود را افزایش دهند. در پایان تأکید می‌شود که با توجه به اینکه نمونه پژوهش فقط افراد افسرده را دربرمی‌گرفت، برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید احتیاط کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به ماهیت پژوهش (توصیفی-همبستگی) اشاره کرد که نمی‌توان رابطه علت و معلولی را استنباط کرد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر مناطق جغرافیایی با گروه‌های پژوهشی مختلف بررسی شود تا نتایج حاصل از آن با نتایج این پژوهش مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی مدلی جامع و یکپارچه که بتوان مؤلفه‌های پژوهش را در آن گنجانده و دیدگاه‌های مورد بررسی در این پژوهش با مدل طراحی شده مورد مقایسه و بحث قرار گیرد.

منابع

- امین زاده، دانا محمد؛ کاظمیان، سمیه؛ اسماعیلی، معصومه؛ اسمری، یوسف. (۱۳۹۶). پیش‌بینی همدلی ادراک‌شده بر اساس طرحواره های هیجانی و تاب‌آوری در مادران دارای فرزند کم‌توان جسمی حرکتی. *مجله توان‌بخشی*، ۲، ۱-۱۰.
- جلالی، داریوش؛ آقایی، اصغر؛ طالبی، هوشنگ؛ مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بومی شده و آموزش شناختی- رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و عواطف شغلی کارکنان. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۵(۱)، ۱-۲۰.
- حسینی، فاطمه السادات؛ فرنیاء، فرحناز؛ وزیری، سعید. (۱۴۰۰). پیش‌بینی افسردگی در پرستاران بر اساس خود شفقت‌ورزی و تاب‌آوری. *بهداشت کار و ارتقا سلامت*، ۵، ۱۱-۲۳.
- زحمانی، جمال؛ آجیل چی، بیتا؛ زارعیان، احسان. (۱۳۹۵). رابطه ذهن‌آگاهی و توانایی‌های شناختی در جانبازان نابینای ورزشکار. *فصلنامه علمی-پژوهشی طب جانباز*، ۲(۲)، ۱۵-۲۵.
- صفاری نیا، مجید؛ دهستانی، مهدی؛ فطری، اعظم. (۱۳۹۶). اثر میانجی همدلی، نشخوار فکری و خشم در رابطه بین خودشیفتگی و فقدان بخشش میان فردی. *مجله شناخت اجتماعی*، دوره ۲، شماره ۶، ۱۶۶-۱۵۳.
- صدیقی ارفعی، فریبرز؛ نمکی بیدگلی، زینب. (۱۳۹۵). بررسی رابطه ذهن‌آگاهی با تاب‌آوری در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ویژه نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۵۸۶-۵۹۰.

- مرادی، شهرزاد؛ قدرتی میر کوهی، مهدی. (۱۳۹۹). مقایسه نقش امید و تاب‌آوری در پیش‌بینی رضایت از زندگی سالمندان. *نشریه سالمند شناسی*. ۵(۱)، ۳۲-۵۶.
- نیرومندی، رامین؛ اکبری، مریم؛ احمدیان، حمزه؛ بخشی پور رودسری، عباس. (۱۳۹۹). نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین ذهن‌آگاهی و بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی شهرستان بناب در سال ۱۳۹۷: یک مطالعه توصیفی، *مقاله پژوهشی رفسنجان مجله دانشگاه علوم پزشکی*، دوره ۱۹، ۷۷۳-۷۹۰.
- Ali, F., Amorim, I. S., & Chamorro-Premuzic, T. (2009). Empathy deficits and trait emotional intelligence in psychopathy and Machiavellianism *Personality and Individual Differences*, 47(5), 758-762.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arthur, A., Savva, GM., Barnes, L.E., BorjianBorojony, A., Dening, T., Jagge, C., Matthews, F.E., Robinson, L., Brayne, C. (2020). Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *The British Journal of Psychiatry*; 216(1), 49-54
- Backes, H., Dietsche, B., Nagels, A., Stratmann, M., Konrad, C., Kircher, T. & Krug, A. (2014). Increased neural activity during overt and continuous semantic verbal fluency in major depression: Mainly a failure to deactivate. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, (7), 631-645
- Baer, RA., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *J Assessment*, 13(1), 27 -45
- Bajaj, B., Pande, N. (2015). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Pers Individ Diff*, 9, 5-15.
- Beck, AT., Steer, RA., Ball, R., Ranieri, WF. (1996). Comparison of beck depression inventories-ia and-ii in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*, 67(3), 588-97.
- Bonnie, B. (2005). Resiliency: What we have learned. In: Bambi Y, Editor. *Children, Youth and Environments*. Cincinnati, OH: University of Cincinnati
- Brown, K.W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mind fullness and its role in psychological Well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84, 822-848.
- Calvete, E., Morea, A., Orue, L. (2019). The Role of Dispositional Mindfulness in the Longitudinal Associations Between Stressors, Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Adolescents. *Mindfulness*, 10(3), 547 -558.
- Catalano, RF., Berglund, M., Ryan, JAM., Lonczak, H.S., Hawkins, JD. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prev Treat*, 5(1), 51-5.
- Connor, K.M., Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Dabson, K., Mohammadkhani, P., Massah Choolabi, O. (2007). Psychometric characteristics of beck depression inventory-ii in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*, 8(2), 82-6. [Persian]
- Dennis, JP., Vander Wal, JS. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*, 34(3), 241- 53.

- Ellis, L, Hoskin, A, Ratanasingam, M. (2018). *Handbook of Social Status Correlates*. Cambridge, Massachusetts: Academic Press.
- Esmailian, N., Dehghani, M., Dehghani, Z, Lee, J. (2018). Mindfulness -Based Cognitive Therapy Enhances Emotional Resiliency in Children with Divorced Parents. *J Mindfulness*, 9(4), 1052 - 1062.
- Folke, C. (2016). Resiliensce (Republished). *Ecology and society*, 1, 21(4).
- Gardhouse, K., & Segal, Z. (2015). Mindfulness. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 549-553). Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14148-0>
- Golpour, R., Abolghasemi, A., Ahadi, B., Narimani, M. (2014). The effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on quality of life with depression disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 6(1), 53-64. [Persian] Doi: 10.22075/jcp.2017.2154 [Link]
- Halaris, A. (2017). Inflammation-Associated Co-morbidity Between Depression and Cardiovascular Disease. In *Inflammation-Associated Depression: Evidence, Mechanisms and Implications (Vol.31, pp. 45-72)*. New York: Springer International Publishing.
- Haske, r SM. (2010). Evaluation of the mindfulnessacceptance-commitment (mac) approach for enhancing athletic performance [Dissertation]. India: *Indiana University of Pennsylvania*, p. 23
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press, p. 6-46.
- Homan, KJ. (2016). Self-compassion and psychological wellbeing in older adults. *J Adult Dev*, 23(2), 111- 119. Doi: 10.1007/s10804-016-9227-8 [Link]
- Jiang, S., Dong, L., & Jiang, C. (2020). Examining the link between economic strain and adolescent social behavior: Roles of social bonds and empathy. *Journal of Adolescence*, 84, 1-10
- Karami, R., sharifi, T., Nikkhah, M., Ghazanfari, A. (2018). The Effect of Educating Cognitive Self-compassion on Academic Well-being. *SCI J Educ Strategy Med Sci*, 11(4), 17-22. [Persian] Doi: 10.29252 /edcb mj.11. 04.03 [Link]
- Keye, M., Pidgeon, A. (2014). Relationship between resilience, mindfulness, and psychological well-being in University students. *Int J Liberal Arts Soc Sci*, 2(5), 27-32
- Kurd, B. (2016). Predicting the mental well -being of nursing students based on mindfulness and self-compassion. *J Edu -Medical -Science*; 16(34): 273 -82. [Farsi]
- Liu, C.S., Adibfar, A., Herrmann, N., Gallagher, D., & Lanctoˆt, K.L. (2017). Evidence for Inflammation-Associated Depression. In *Inflammation-Associated Depression: Evidence, Mechanisms and Implications (Vol.31, pp. 3-30)*. New York: Springer International Publishing
- Madrigal, R. (2008). Hot vs. cold cognitions and consumers' reactions to sporting event outcomes. *Journal of Consumer Psychology*, 18(4), 304-319
- Mahdiapour, H., Kurd, B. (2017). The relationship between perceived mindfulness and selfefficacy with subjective well-being among cancer patients in Tabriz city hospitals. *J Nurs – Research*, 12(1), 11 -16. [Farsi]
- Mandal, M., Mehra, C. (2017). Relationship between Altruism and Emotional Intelligence among Adolescent Children of Working and Non-working Mothers. *Educational quest:An Int. J. of Education And Applied Social Science.*, 8 (Sp), 389 – 398.
- Massten, A. S. (2018). Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, Present, and Promise. *Jurnal of Family Theory & Review*, 10 (1),12-31

- Mayer, B., Polak, M.G., Remmerswaal, D. (2019). Mindfulness, Interpretation Bias, and Levels of Anxiety and Depression: Two Mediation Studies. *Mindfulness*, 10(1), 55–65.
- Moran, R. (2010). On the biopsychosocial model, mindfulness meditation and improving teaching and learning in osteopathy technique. *Int J Osteopath Med*, 13(2), 41-52
- Morelli, S., Lieberman, M. & Zaki, J. (2015). The Emerging Study of Positive Empathy. *Social and Personality Psychology Compass*, 9 (2), 57–68
- Morgan, L. P. K., Danitz, S. B., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Mindfulness Approaches to Psychological Disorders. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (Second Edition) (pp. 148-155). Academic Press.
- Morris, R. (2015). Psychological flexibility as a mediator of the relationship between self-compassion and mental health [Thesis]. Queensland, Australia: *School of Psychology*, The University of Queensland.
- Motabi, F., Fata, L., Moloodi, R., Ziai, K., Jafari, H. (2011). Development and validation of depression-related beliefs scale. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*, 17(3) 208-17. [Persian]
- Naguib, G. H., Sindi, A. M., Attar, M. H., Alshouibi, E. N., & Hamed, M. T. (2020). A Cross-Sectional Study of Empathy Among Dental Students at King Abdulaziz University. *Journal of dental education*, 84(1), 22-26
- Nazari, R., Khairkhan, F., Dehshiri, M., Jaberi, A., & Bijani, A. (2010). Cognitive abilities and psychological health afterumatic brain injury (TBI). *Journal Babol University Medical Science*, 12(3), 58-63
- Nejati, V. (2011). Comparing executive cognitive functions of brain in blind and matched sighted. *Journal Mil Med*, 12(4), 217-221
- Nejati, V. (2013). Cognitive abilities questionnaire: Development and evaluation of psychometric properties.
- Neff, K. D. J. S., & identity. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. 2(3), 223-250
- Qi, J., Yang, X., Tan, R., Wu, X., Zhou, X. (2020). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder and depression among adolescents over 1 year after the Jiuzhaigou earthquake. *Journal of affective disorders*; 261(1): 1-8.
- Rahimi, C., Hashemi, R. & Mohamadi, N. (2011). Differential diagnosis of cognitive disorders in Iranian psychiatric patients and healthy subjects. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(3): 99-105.
- Robins, C.J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cogn Behav Pract*, 9(1), 50-7
- Saravia, B. (2019). Defining Resilience: The US Army and Mindfulness. *American Journal of Psychiatry*, 15, 12-20.
- Schneider, M.N., Zavos, HMC., McAdams, TA., Kavas, Y., Sadeghi, S., Gregory, AM. (2019). Mindfulness and associations with symptoms of insomnia, anxiety and depression in early adulthood: A twin and sibling study, 118, 18 - 29.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2012). Mindfulnessbased cognitive therapy for depression. Guilford Press
- Silke, C., Brady, B., Boylan, C., & Dolan, P. (2018). Factors influencing the development of empathy and pro-social behavior among adolescents: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 94, 421-436

- Sosua, A. D., McDonald, S., Rushby, J., Li, S., Dimoska, A., & James, C. (2010). Understanding deficits in empathy after traumatic brain injury: The role of affective responsivity. *Cortex*, in press.
- Tamannaefar, SH., Mirzaee, M., Asgharnejad Farid, A.A., Soleimani, M. (2018). 5 Factor Mindfulness Questionnaire: Instruction and Scoring. *J Develop –Psychol*, 15(59), 336 -38. [Farsi]
- Thompson, R.W., Kaufman, KA., de Petrillo, LA., Glass, CR., Arnkoff, DB. (2011). One Year Follow-Up of Mindful Sport Performance Enhancement (MSPE) With Archers, Golfers, and Runners. *J Clin Sport Psychol*, 5(2), 9- 116.
- Waclawiková, B., El Aidy, S. (2018). Role of Microbiota and Tryptophan Metabolites in the Remote Effect of Intestinal Inflammation on Brain and Depression. *Pharmaceuticals*, 11.63-80.
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and wellbeing. *Personality and Individual Differences*. 152, 109568.
- World Health Organization. (2018). Depression. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>
- Yamaguchi, S., Kawata, Y., Shibata, N., Hiroswawa, M. (2017). direct And Indirect Effect If Hardiness On Mental Health among Japanese university Atheleses. *In International conference On Applied Human Factors And Egonomics* (148-154).
- Zarnagash, M., Mehrabiazadeh Honarmand, M. (2016). The effect of Mindfulness -based Stress Reduction Therapy on quality of life and resilience of amputated veteran spouses. *J PMAM*, 7(23), 98 -83 [Farsi].