مقاله پژوهشی

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان اضطرابی

سیده زهرا احمدی[۱]، بهرام میرزائیان[۲*]، محمد تقی مداح[۳]

دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۵ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است. مطالعه‌ی حاضر با هدف کارآزمایی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان اضطرابی انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. ۳۰ دانشجوی با اضطراب بالا پس از اجرای آزمون تشخیصی (سیاهه‌ی اضطراب حالت-صفت) به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه به‌طور برابر (۱۵ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

یافته‌ها: داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش آماری کوواریانس (ANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی راهبرد مفید و مؤثری برای کاهش نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان اضطرابی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های این مطالعه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند روش مؤثری برای کاهش اضطراب از طریق تقلیل نگرانی و اجتناب شناختی است.

کلید واژه‌ها: اجتناب شناختی، اضطراب، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نگرانی

مجله ایده‌های نوین روانشناسی، دوره یکم، شماره یکم، ص ۱۰-۱، زمستان ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: مازندران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، دانشکده روانشناسی، تلفن: ۰۹۳۷۵۷۴۳۰۴۷

Email: Bahrammirzaian@gmail.com

مقدمه

مطابق با ادبیات پژوهش «اضطراب»[۴]نوعی هیجان ناخوشایند، مبهم و تعمیم یافته‌ای است که با یک یا چند احساس جسمی (مانند تپش قلب، تعریق، سردرد، بی‌قراری، تکرر ادرار و مانند آن) و چند علامت روان‌شناختی (مانند سوگیری توجه[۵]نسبت به علایم اضطرابی و گوش‌بزنگی[۶]مفرط) همراه می‌باشد (۱، ۲). اختلال‌های اضطرابی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی است که با اختلال در عملکرد، کیفیت زندگی و افزایش هزینه‌های بهداشت و سلامتی همراه است و تقریباً ۲۰ درصد از افراد جامعه آن را تجربه می‌کنند (۳). این اضطراب به‌عنوان یک علامت هشداردهنده خبر از خطری قریب‌الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله با تهدید آماده می‌کند (۴). وقتی اضطراب ایجاد می‌شود، الگوی توجه فرد را با خود همسو می‌کند و افکار و قضاوت‌های توأم با نگرانی و تنش می‌باشد. هر فرد، ارزیابی‌ها و قضاوت‌هایی را درباره کنترل‌پذیری، میزان خطر، مفید بودن، مدت ادامه و توان مقابله‌ی خود با اضطراب دارد (۵). وقتی این ارزیابی‌ها منفی باشند و قضاوت فرد درباره کنترل‌پذیری یا توان مقابله کم برآورد

---

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

[۲] استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری (نویسنده مسئول)

[۳] استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

[4] anxiety
[5] attention bias
[6] viligelency

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

شود، منجر به ایجاد «نگرانی»[1]افزون بر اضطراب اولیه خواهد شد (۶). مروری بر مطالعات اخیر در حوزه‌ی اختلال‌های اضطرابی به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر[2]نشان می‌دهد که نگرانی و افکار خودکار همایند با آن یکی از مهم‌ترین همبسته‌های روان‌شناختی اختلال‌های اضطرابی است که به دوام و مزمن شدن این اختلال‌ها منجر می‌شود (۷، ۸، ۹).

نگرانی فرایندی شناختی است که افراد، وقایع و نتایج تهدیدزا را پیش‌بینی می‌کنند و این پیش‌بینی‌ها به تدریج تبدیل به راهبردی برای کشف و مقابله با تهدیدهای قریب‌الوقوع می‌شوند. در نتیجه این افراد در یک حالت پایدار گوش‌بزنگی زندگی می‌کنند. از آن‌جایی که تهدیدهای پیش‌بینی شده به‌طور طبیعی خیلی نامحتمل هستند، توانایی فطری انسان برای برنامه‌ریزی، از طریق فکر کردن درباره‌ی آینده، به‌جای این‌که موجب رفتار سازنده‌ی حل مسأله شود، منجر به ایجاد تنش و اضطراب می‌شود (۱۰، ۱۱). نگرانی را به‌عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون‌مایه‌های عاطفی منفی نسبتاً کنترل‌ناپذیر تعریف کرده‌اند، که بر تلاش برای اشتغال به مسئله‌گشایی روانی درباره‌ی موضوعات واقعی یا خیالی دلالت دارد. نگرانی نتیجه‌ی فرایندهای شناختی انتزاعی است که می‌تواند توسط افکار مرتبط با وقایع واقعی یا غیرواقعی به وجود آید. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد نگرانی با افزایش هیجان‌های منفی، تداخل در کارکرد شناختی و بازداری فرایندهای فیزیولوژیکی نیز همبسته است (۱۲). مروری بر ادبیات پژوهش مؤید آن است که نگرانی به‌عنوان جزء شناختی اضطراب، محور مرکزی چندین اختلال اضطرابی است و این مسأله اهمیت آن را از نظر بالینی نشان می‌دهد (۹). نگرانی‌های غیرقابل کنترل، هسته‌ی اساسی آسیب شناختی در اختلال‌هایی همچون اضطراب فراگیر است که در آن نگرانی شدید و غیرواقعی راجع به فعالیت‌های متفاوت زندگی روزانه مانند فعالیت‌های شغلی، مطالعه، روابط فردی و مسائل مالی وجود دارد (۷). از این‌رو بدیهی است که راهبردهای درمانی برای درمان اضطراب‌هایی که هسته‌ی اساسی آن‌ها نگرانی است، روی کاهش و تقلیل این نگرانی تمرکز ویژه‌ای داشته باشند (۸).

افراد غالباً برای مقابله با فشار روانی و اضطراب و نگرانی ناشی از آن از سبک‌های مختلفی استفاده می‌کنند. در این میان، راهبرد اجتنابی[3] تلاشی در جهت اجتناب از رخدادها و رویدادهای منفی است که می‌تواند به شکل شناختی (انکار، فرونشانی و سرکوب افکار و تصورات پیرامون مشکلات فرارو) و رفتاری (فرار از پذیرش مسئولیت، تلاش برای جلب حمایت‌های دیگران، خودمراقبتی افراطی به شکل اظهار نارضایتی جسمانی و جراحی پلاستیک، پرخوری عصبی یا بی‌اشتهایی عصبی و مصرف مواد) بروز کند (۱۳). از جنبه‌ی شناختی راهبردهای اجتناب شناختی نقش مهمی در شکل‌گیری و دوام اضطراب دارند. اجتناب شناختی در جهت‌گیری منفی به مشکل نقش دارد و مانع شکل‌گیری باورهای مثبت در هنگام اضطراب می‌شود و به ایجاد، تداوم و تشدید علائم این اختلال منجر می‌شوند (۱۴). اجتناب شناختی انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد تفکرات خویش را در جریان ارتباط اجتماعی تغییر می‌دهند. به‌عنوان نمونه کشدان و رابرت[4](۱۵) توصیف می‌کنند که مبتلایان به اضطراب اجتماعی پس از یک تجربه‌ی ناخوشایند در روابط اجتماعی به پردازش ذهنی موقعیت پرداخته و محتویات ذهنی خود را درباره‌ی موقعیت با استفاده از انواع راهبردهای اجتناب شناختی تغییر می‌دهند و تلاش می‌کنند تا از تمهیدات اجتنابی برای رهایی از تفکرات نگران‌کننده درباره‌ی موقعیت اجتماعی خویش بهره جویند. به نظر می‌رسد که راهبرد اجتناب شناختی راهی است که افراد در مواجهه با رویدادهای اجتماعی و تماس‌های بین‌فردی انتخاب می‌کنند تا به شرایط تنیدگی‌زا پاسخ گویند. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، احتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر توسط محققین مختلف گزارش شده است (۱۵، ۱۶، ۱۷). در تمامی این راهبردها عامل اصلی انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده به سوی موضوعات دیگر است (۲).

عامل‌های نگرانی و اجتناب شناختی با توجه به آن‌چه گفته شد از همبسته‌های روان‌شناختی قدرتمند مرتبط با اضطراب هستند. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که غالب راهبردهای درمانی که طی سال‌های اخیر برای کاهش علایم اضطراب و مکانیسم‌های شکل‌دهنده‌ی آن همچون نگرانی و اجتناب شناختی به کار رفته‌اند، درمان شناختی-رفتاری بوده است (۸). در همین راستا می‌توان گفت که درمان‌های اولیه با تأکید روی علایم فیزیولوژیک و بدنی اضطراب روش‌های رفتاری را برای درمان اضطراب پیشنهاد می‌کردند. با این وجود پس از شناسایی و پررنگ شدن جنبه‌های شناختی اضطراب، راهبردهای درمانی نیز بهره‌گیری از روش‌های شناختی را در درمان اختلال‌های اضطرابی به‌کار بردند (۱۸). به‌رغم اثربخشی بالینی درمان‌های شناختی- رفتاری در کاهش علایم اضطراب، تا جایی که مطالعات نگارنده نشان می‌دهد غالب این مطالعات از روش‌ها و فنون سنتی درمان شناختی- رفتاری سود جسته‌اند و نابسندگی آن‌ها در جلوگیری از عود علایم، بالینگران را به بهره‌گیری از تحولات نوین در حوزه‌ی شناخت درمانی سوق داده است. از این‌رو مطالعات اخیر رویکردهای جدید موسوم به موج سوم[5]درمان‌های شناختی- رفتاری

[1] worry
[2] generalized anxiety disorder
[3] avoidance strategy
[4] Kashdan & Roberts
[5] third wave

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

را در درمان اضطراب مورد کاوش قرار داده‌اند (به‌عنوان نمونه، ۱۹، ۲۰، ۲۱). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[1](MBCT) از جمله درمان‌های موسوم به نسل سوم شناخت درمانی است که تحول نوینی در عرصه‌ی روان‌درمان‌گری در قرن حاضر به شمار می‌روند و همگی مبتنی بر مفهوم ذهن‌آگاهی می‌باشند (۲۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که در ابتدا به‌منظور پیشگیری از عود علایم افسردگی توسط سگال ویلیامز و تیزدل[2](۲۳) معرفی شد، جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع دوره‌ی مجدد بیماری جلوگیری کنند (۲۴، ۲۵). درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به واسطه‌ی این‌که بر هر دو بعد جسمانی و ذهنی اثرگذارند دارای اثربخشی بالایی برای درمان اختلال‌های بالینی و بیماری‌های جسمی برخوردارند. با این وجود تا جایی‌که مطالعات نگارنده نشان می‌دهد تاکنون مطالعه‌ای مبنی بر اثربخشی این درمان روی نگرانی و اجتناب شناختی افزاد اضطرابی انجام نشده است. از دیگر سو شواهد پژوهشی مؤید آن است که اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت دانشجویی است (۱۳). با توجه تأثیرات سؤ اضطراب در کاهش توانمندی‌های تحصیلی و بهزیستی روانی دانشجویان بایرام و بیلگل[3](۲۶)، مطالعه‌ی حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی دانشجویان با اضطراب بالا انجام خواهد شد. در سایه‌ی دستیابی به این هدف، مطالعه‌ی حاضر به آزمون دو فرضیه خواهد پرداخت: ۱. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش نگرانی دانشجویان با اضطراب بالا می‌شود، ۲. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش اجتناب شناختی دانشجویان با اضطراب بالا می‌شود.

مواد و روش کار

طرح تحقیق این مطالعه از نوع آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی است. جامعه‌ی آماری این مطالعه عبارت است از کلیه‌ی دانشجویان مرد دانشکده‌ی کشاورزی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تعداد ۲۷۶ نفر که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ در رشته‌ی کشاورزی مشغول به تحصیل بودند. برای تعیین نمونه‌ی آماری مطالعه ابتدا به‌صورت تصادفی سیاهه‌ی اضطراب حالت- صفت اسپیل‌برگر، گورسچ، لاشینی، وگ و جاکوبز[4](۲۷) روی ۱۲۰ نفر (پس از مراجعه به جدول کرجسی و مورگان[5](۲۸) جهت تعیین تعداد نمونه از روی یک جامعه‌ی مشخص) از دانشجویان جامعه‌ی آماری مزبور اجرا شد. مطابق با نتایج به‌دست آمده از اجرای سیاهه‌ی مزبور، تعداد ۴۵ دانشجو واجد شرایط اضطراب بالا (بر اساس نمره‌ی برابر و بالاتر از ۵۳ در سیاهه‌ی اضطراب اسپیل‌برگر) تشخیص داده شدند. پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی و بررسی ملاک‌های ورود در مطالعه، درنهایت تعداد ۳۰ دانشجو واجد ملاک‌های تشخیص اضطراب بالا به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه‌های این مطالعه در پژوهش شرکت کردند که به شیوه‌ی انتساب تصادفی، ۱۵ نفر (با میانگین سنی ۲۰/۷۳ و انحراف استاندارد ۲/۲۱) از آن‌ها در گروه گواه و ۱۵ نفر دیگر در گروه آزمایشی (با میانگین سنی ۲۰/۱۳ و انحراف استاندارد ۲/۲۵) جایگزین شدند. شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ب) تشخیص اضطراب بالا بر اساس نمره‌ی آن‌ها در سیاهه‌ی اضطراب اسپیل‌برگر (نمره‌ی برابر و بالاتر از ۵۳) و همچنین بر اساس مصاحبه‌ی بالینی انجام شده توسط روانشناس بالینی؛ ج) نداشتن بیماری روانپزشکی غیر از اضطراب؛ د) نداشتن بیماری پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. کلیه‌ی دانشجویان واجد اضطراب بالا که در گروه آزمایشی جایگزین شدند طی هشت جلسه‌ی دو ساعته درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند، حال آن‌که دانشجویان گروه گواه در معرض چنین درمانی قرار نگرفتند. محتوای جلسه‌های درمانی بر اساس برنامه و بسته‌ی آموزشی راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن نوشته‌ی ویلیامز و سگال، ترجمه‌ی جهانی‌تابش، محمدخانی، تمنایی‌فر[6](۲۹) تدوین شده است. محور این جلسات درمانی نیز در جدول شماره (۱) ارائه شده است. کلیه‌ی شرکت‌کنندگان دو گروه به آزمون‌های اضطراب کتل و باورهای فراشناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند.

ابزارهای پژوهش

۱. سیاهه‌ی اضطراب حالت- صفت اسپیل‌برگر (STAI)[7]:

این سیاهه محتوی ۴۰ گویه می‌باشد که توسط اسپیل‌برگر و همکاران (۲۷) ساخته شده و در بسیاری از مطالعات بالینی برای تشخیص افراد اضطرابی به کار گرفته شده است. ۲۰ سؤال از ۴۰ سؤال این سیاهه اضطراب حالت یا آشکار (اضطراب به‌عنوان مقطعی از زندگیِ یک شخص یا به عبارت دیگر اضطرابی که بروز آن موقعیتی است و اختصاص به موقعیت‌هایِ تنش‌زا دارد) و ۲۰ سؤال نیز اضطراب صفت یا پنهان (اضطراب ناشی از تفاوت‌هایی فردی در پاسخ به موقعیت‌هایِ پراسترس با میزان‌های مختلف اضطراب آشکار) را می‌سنجد. سؤال‌ها بر حسب مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از «هرگز» تا «خیلی زیاد» در اضطراب حالت و از «تقریباً هرگز» تا «تقریباً

[1] mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)
[2] Segal, Williams, & Teasdale
[3] Bayram & Bilgel
[4] Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vog, & Jacobs
[5] Krejcie & Morgan
[6] Jahani Tabesh, Mohammad Khani, &Temnaeifar
[7] state-trait anxiety inventory (STAI)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

همیشه» در اضطراب صفت نمره‌گذاری می‌شوند. در این پرسشنامه تعدادی از سؤال‌ها به‌صورت مستقیم و تعدادی به‌صورت معکوس ارائه شده‌اند. ضریب اعتبار این سیاهه از روش بازآزمایی بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. ضریب آلفا در گروه‌های مختلف در مقیاس حالت اضطراب ۰/۹۲ و برای صفت اضطراب ۰/۹۰ گزارش شده است (۳۰). به منظور هنجاریابی این سیاهه برای جمعیت ایرانی پناهی شهری[1](۳۱) آن را روی گروه‌های چهارگانه‌ی دانش‌آموزان مؤنث (۳۹۴ نفر) و مذکر (۳۹۵ نفر) و دانشجویان مؤنث (۴۱۹ نفر) و مذکر (۳۸۷ نفر) اجرا نمودند که نتایج آن بیانگر همسانی درونی بالای مقیاس مذکور است. این سیاهه با سایر مقیاس‌های سنجش اضطراب مانند مقیاس اضطراب آشکار تیلور همبستگی خوبی دارد که نشانگر روایی ملاکی این ابزار است. همچنین ضرایب همبستگی به‌دست آمده بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. مطابق با ملاک‌های تفسیری جهت اضطراب آشکار و پنهان بر اساس پژوهش هنجاریابی آزمون اضطراب حالت و صفت مهرام[2](۳۲) نمره‌ی برابر و بالاتر از ۵۳ به‌عنوان اضطراب بالا و شدید طبقه‌بندی می‌گردد. ضریب آلفای این سیاهه در مطالعه حاضر در مقیاس حالت اضطراب ۰/۸۷ و برای صفت اضطراب ۰/۸۴ به دست آمد.

جدول (۱): محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در این مطالعه

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	هدایت خودکار - تکنیک وارسی بدنی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد و فیلم آموزشی وارسی بدنی و برگه‌های تمرین برای انجام در منزل توزیع می‌گردد.
جلسه دوم	رویارویی با موانع- مراقبه در وضعیت نشسته اجرا گردید. انجام تمرین ثبت وقایع خوشایند در طول هفته توضیح داده می‌شود و برگه‌های مربوطه توزیع می‌گردد.
جلسه سوم	تنفس همراه با حضور ذهن- بازنگری تمرینات، تمرین دیدن و شنیدن به مدت ۵ دقیقه انجام می‌شود و تکنیک راه رفتن با هشیاری فراگیر و فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود. جزوات شرکت‌کنندگان و فیلم آموزشی تنفس همراه با حضور ذهن به دانشجویان داده می‌شود.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال- بازنگری تمرینات، مراقبه‌ی آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و همچنین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به‌طور منظم و ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (هنگام احساسات ناخوشانید شدید) به‌صورت عملی اجرا می‌شود.
جلسه پنجم	اجازه‌ی حضور- بازنگری تمرینات و انجام مراقبه‌ی نشسته – آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و در مورد اهمیت پذیرش و ویژگی‌های آن بحث و گفتگو شد. با تأکید بر اهمیت فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای جزوات مربوط به جلسه‌ی پنجم توزیع می‌شود.
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند- شناخت امور روزمره خودکار، احساس بیهودگی همراه با بی‌علاقگی به فعالیت‌های قبلی، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌زا و همچنین توضیح روش‌هایی که می‌توانند با استفاده از آن‌ها افکار خود را به نحو متفاوتی ببینند، از اهداف جلسه ششم می‌باشد.
جلسه هفتم	مراقبت از خود- تکنیک‌های قبلی در این جلسه به گونه‌ای تمرین شد که به‌عنوان یک کار متداول روزانه مورد استفاده قرار گیرد و در واقع حضور ذهن سبک زندگی فرد می‌شود.
جلسه هشتم	بازنگری مطالب گذشته و استفاده از آن‌چه یاد گرفته‌ایم- در این جلسه علاوه بر آگاهی از تغییرات کوچک خلق بحث و برنامه‌ریزی در مورد این که چگونه بهترین نحوه، تحرک و نظمی که در ۷ جلسه‌ی گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجاد شده، ادامه یابد.

۲. پرسشنامه‌ی اجتناب شناختی (CAQ)[3]: این پرسشنامه توسط سکستون و داگاس[4](۳۲) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ سؤال و در طیف‌های لیکرت پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً غلط) تا پنج (کاملاً درست)، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارت است از: ۱) واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، ۲) جانشینی افکار مثبت به‌جای افکار نگران‌کننده، ۳) استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، ۴) اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده، ۵) تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی. نتایج پژوهش سکستون و داگاس (۳۳) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی شش هفته معادل با ۰/۸۵ بوده است. نتایج پژوهش حمیدپور و اندوز (به نقل از علیلو، شاه‌جویی و هاشمی[5](۳۴) برای اعتباریابی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و پایایی بازآزمایی آن نیز در طی دو ماه ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش بساک‌نژاد، معینی و مهرابی‌زاده[6](۲) نیز ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و به‌ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های فرونشانی فکر ۰/۹۰، برای جانشینی فکر ۰/۷۱، برای حواس‌پرتی ۰/۸۹، برای اجتناب از محرک تهدیدکننده ۰/۹۰ و برای تبدیل تصورات به افکار برابر ۰/۸۴ به‌دست آمد. ضریب روایی آن نیز از طریق ضریب همبستگی با سیاهه‌ی فرونشانی فکر خرس سفید[7]برابر ۰/۴۸ به‌دست آمد. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر نیز برای نمره‌ی کل اجتناب شناختی برابر ۰/۸۹ و به‌ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های فرونشانی فکر ۰/۹۲، برای جانشینی فکر ۰/۷۹، برای حواس‌پرتی ۰/۸۶، برای

[1] Panahi shahry
[2] Mehram
[3] cognitive avoidance questionaaire (CAQ)
[4] Sexton & Dugas
[5] Alilu, Shahja, & Hashemi
[6] Bassankazad, Moeini, & Mehrabizadeh
[7] white bear thought suppression inventory

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

اجتناب از محرک تهدیدکننده ۰/۹۱ و برای تبدیل تصورات به افکار برابر ۰/۸۶ به‌دست آمد.

۳. پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)[1]

این پرسشنامه توسط میر، میلر و متزگر[2](۳۵) به‌عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۶ سؤالی که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد، ساخته شده است. همچنین این ابزار به‌عنوان شاخصی برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود. مقیاس پاسخ‌گویی به سؤالات لیکرت پنج‌درجه‌ای است از یک (اصلاً صادق نیست) تا پنج (بسیار صادق است). ۱۱ سؤال پرسشنامه به‌طور مثبت و ۵ سؤال آن به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه توسط دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی[3](۳۶) در بین ۴۲۴ دانشجوی ایرانی هنجاریابی شد. نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان داد که مدل دو عاملی پرسشنامه (عامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نسبت به مدل تک‌عاملی دارای برازش بهتری است. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ معادل با ۰/۸۸ برای نمره‌ی کل و ۰/۷۶ و ۰/۶۳ به‌ترتیب برای عامل‌های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) و بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی یک ماه (معادل با ۰/۷۹ برای نمره‌ی کل و ۰/۸۰ و ۰/۶۷ به‌ترتیب برای عامل‌های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نیز در حد بالایی گزارش شد. همچنین همبستگی معنی‌دار نمره های پرسشنامه با نمره‌های اضطراب صفت (r=۰/۶۸) و افسردگی (r=۰/۴۳) بیانگر روایی این پرسشنامه بوده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر نیز برای نمره کل برابر با ۰/۸۷ و برای عامل های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ به‌دست آمد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان با اضراب بالا انجام شده است. جدول شماره (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی و گواه را در شاخص‌های اجتناب شناختی و نگرانی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره های دو گروه در متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	شاخص‌ها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا	نگرانی عمومی	آزمایشی	۲۹/۶۷	۷/۶۴	۱۸/۵۳	۷/۲۹
		گواه	۳۰/۹۳	۷/۹۵	۳۰/۰۰	۷/۵۲
	فقدان نگرانی	آزمایشی	۱۲/۶۰	۳/۳۱	۱۰/۳۳	۲/۵۵
		گواه	۱۳/۰۷	۲/۸۹	۱۳/۲۰	۲/۶۵
	نگرانی و اضطراب کلی	آزمایشی	۴۲/۲۷	۷/۸۷	۲۸/۸۷	۷/۷۶
		گواه	۴۴/۰۰	۹/۰۹	۴۳/۲۰	۸/۸۰
پرسشنامه اجتناب شناختی	واپس‌زنی افکار نگران‌کننده	آزمایشی	۱۶/۳۳	۲/۶۹	۱۱/۸۰	۲/۳۴
		گواه	۱۶/۰۷	۳/۶۵	۱۶/۰۰	۳/۸۵
	جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده	آزمایشی	۱۷/۲۰	۳/۳۶	۱۲/۶۷	۲/۳۵
		گواه	۱۸/۵۳	۳/۱۶	۱۷/۷۳	۲/۹۹
	استفاده از توجه برگردانیبرای قطع روند نگرانی	آزمایشی	۱۶/۰۰	۲/۲۴	۱۱/۶۷	۱/۸۸
		گواه	۱۶/۵۳	۲/۹۵	۱۶/۰۷	۲/۸۷
	اجتناب از موقعیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده	آزمایشی	۱۴/۲۷	۲/۶۳	۱۱/۰۰	۱/۸۹
		گواه	۱۴/۷۳	۲/۵۸	۱۴/۸۰	۱/۹۳
	تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی	آزمایشی	۱۶/۱۳	۲/۸۸	۱۲/۰۰	۲/۵۱
		گواه	۱۵/۲۰	۱/۹۷	۱۴/۶۰	۱/۸۸
	اجتناب‌شناختی کلی	آزمایشی	۸۰/۰۰	۶/۱۶	۵۸/۴۷	۷/۱۹
		گواه	۸۰/۴۰	۶/۵۶	۷۹/۲۰	۸/۳۴

با توجه به جدول شماره (۲) میانگین نمره های دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون نشان‌دهنده‌ی روند کاهشی نمره های نگرانی و اجتناب شناختی در گروه آزمایشی است؛ به این صورت که میانگین گروه آزمایشی در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش داشته

[1] pennsylvania state worry questionnaire (PSWQ)
[2] Meyer, Miller, & Metzger
[3] Dasheiri, Golsari, Borjali, & Sohrabi

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

است. این درحالی است که میانگین نمره های دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری نداشته است. برای مقایسه‌ی میانگین نمره های دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از هرگونه استنباط آماری ابتدا مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس رابطه‌ی خطی بین نمره های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره های نگرانی و اجتناب شناختی با استفاده از رسم نمودار پراکنش با خط رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که موازی بودن شیب خط‌ها حاکی از برقراری رابطه‌ی خطی نمره های در متغیرهای مزبور بوده است. در گام بعدی مفروضه‌ی یکسانی واریانس نمره های دو گروه با استفاده از آزمون لون مورد برر سی قرار گرفت که نتایج آن حاکی از یکسانی واریانس نمره های دو گروه بوده است. همچنین مفروضه‌های عدم هم‌خطی چندگانه و همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار بوده است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی دانشجویان اضطرابی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های شماره (۳) و (۴) ارائه شده است.

جدول (۳): نتایج آزمون تحلیل مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نگرانی و اجتناب شناختی در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۱/۵۳	۳۲/۸۴	۹	۶۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۴	۷۲/۹۱	۹	۶۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲۵/۴۳	۱۱۳/۶۴	۹	۵۸	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۹/۶۴	۲۱۹/۴۲	۴	۲۱	۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که بین نمره‌های نگرانی و اجتناب شناختی گروه‌های آزمایشی و گواه در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (نگرانی و اجتناب شناختی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت نه تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن‌ها در جدول شماره (۴) ارائه شده است.

جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا جهت مقایسه‌ی نمره های پس‌آزمون نگرانی و اجتناب شناختی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
نگرانی عمومی	۸۰۳/۷۵	۱	۸۰۳/۷۵	۷۱/۶۴	۰/۰۰۱
فقدان نگرانی	۴۷/۰۲	۱	۴۷/۰۲	۳۸/۲۷	۰/۰۰۱
نگرانی کلی	۱۲۰۹/۸۷	۱	۱۲۰۹/۸۷	۱۱۴/۹۵	۰/۰۰۱
واپس‌زنی افکار نگران‌کننده	۱۴۵/۸۳	۱	۱۴۵/۸۳	۳۹/۶۵	۰/۰۰۱
جانشینی افکار مثبت بجای افکار نگران‌کننده	۱۴۶/۹۸	۱	۱۴۶/۹۸	۲۵/۹۳	۰/۰۰۱
استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی	۱۱۸/۷۳	۱	۱۱۸/۷۳	۵۶/۳۲	۰/۰۰۱
اجتناب از موقعیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده	۹۲/۲۲	۱	۹۲/۲۲	۷۱/۳۳	۰/۰۰۱
تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی	۷۲/۴۰	۱	۷۲/۴۰	۲۶/۰۶	۰/۰۰۱
اجتناب‌شناختی کلی	۳۰۹۲/۸۰	۱	۳۰۹۲/۸۰	۱۷۶/۰۲	۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره (۴) که مربوط به تحلیل کووار یانس فرضیه‌های این مطالعه می‌باشد نشان می‌دهد که پس از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون، بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی پس‌آزمون نگرانی و اجتناب شناختی و کلیه‌ی زیر مقیاس‌های آن‌ها در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر همسو با فرضیه‌های این پژوهش می‌توان گفت که در مان شناختی مبتنی بر ذهن‌آ گاهی نگرانی و اجتناب شناختی و زیرمقیاس‌های آن‌ها را در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به آثار سؤ ناشی از اضطراب و نگرانی در دانشجویان و تأثیر مستقیم آن در عملکرد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان مضطرب اجرا گردید. همسو با فرضیه‌های این پژوهش، نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

در دانشجویان با اضطراب بالا بوده است. بر این اساس می‌توان گفت آموزش فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدید و نگرانی رها می‌کند و از این‌رو کاهش نگرانی و تقلیل راهبردهای اجتناب شناختی را در پی خواهد داشت. بر این اساس نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دانشجویان اضطرابی را می‌توان همسو با مطالعات پیشینی دانست که هر یک بر اثربخشی این درمان در انواع اختلال‌های اضطرابی تأکید کرده بودند (به‌عنوان نمونه، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱).

در فرضیه اول پژوهش به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان مضطرب پرداخته شد و نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی دانشجویان مضطرب مؤثر بوده است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که افراد مضطرب معمولاً حالت ظاهری نگرانی دارند (۱۱، ۶). یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه نمایند. بر این اساس آموزش ذهن‌آگاهی با تلفیقی از تن‌آرامی و مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی، یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر کاهش اضطراب و روان‌درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می‌شود (۱۹). از طرفی حضور ذهن به معنی توجه کردن به طریق خاص، در زمان حال و بدون داوری است. در حضورذهن فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت ذهنی خود آگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی متمرکز نماید. درنتیجه با پذیرش حالات خود بدون قضاوت از میزان این نگرانی کاسته شود (۱۸). در ذهن‌آگاهی افراد با نشستن‌های طولانی و توجه، روی حس‌های بدن متمرکز می‌شوند که بدون واکنش نشان دادن به این حس‌ها و عدم قضاوت آنها فقط نظاره‌گر هستند. این نظاره‌گری خود باعث کاهش حس‌ها و برانگیختگی‌ها می‌گردد و درنتیجه پاسخ‌های هیجانی نگرانی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۲۱).

بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش می‌توان بیان داشت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیمار را نسبت به ریشه‌های نگرانی و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از نگرانی او جلوگیری می‌نماید و باعث می‌شود که بر افکار و تمایلات خود در حالت هشیاری متمرکز شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش نگرانی انتخاب نکند.

در فرضیه دوم پژوهش نیز به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان مضطرب پرداخته شد و نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی دانشجویان مضطرب مؤثر بوده است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان مطرح ساخت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیمار کمک می کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آن‌ها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند (۲۱). در جریان فرایند درمان آن‌ها می‌آموزند که: ۱) تنها با فکر کردن به یک رویداد، آن رویداد به وقوع نمی‌پیوندد ۲) فکر نگران‌کننده و گناه‌آلود به معنای انجام آن عمل نیست ۳) افکار مزاحم را می‌توان به‌صورت ارادی متوقف کرد پیش از آن‌که پیامدهای اضطرابی آن آغاز شوند. همچنین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بازسازی شناختی، یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش بیش‌برآوردسازی خطر و بیش‌مهم‌پنداری افکار می‌شود. طی درمان به افراد آموزش داده می‌شود که در صورت هجوم افکار مزاحم، با به کارگیری روش‌های درمانی مناسب با آن‌ها مقابله کنند (۲۰). ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه‌ی خود باعث جلوگیری از گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود سگال و همکاران (۲۳). بیماران در برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یاد می‌گیرند که توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و در عوض به بدن و طبیعت اطرافشان بیشتر توجه کنند (۱۹)؛ بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست آمده از این پژوهش می‌توان بیان داشت که توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات باعث تغیرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم روانی می‌گردد که شاید یکی از ویژگی‌های درمان پس از آموزش ذهن آگاهی تغیر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. آموزش مشاهده‌ی افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در دانشجویان می‌شود. بر این اساس تداوم تمرین‌های ذهن‌آگاهی منجر به ایجاد تغییرات رفتاری برای خودمراقبتی بهتر می‌شود.

در سطح کاربردی یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان مضطرب بوده است. بر این اساس انجام پژوهش‌های مشابه می‌تواند ضمن محک‌زدن نتایج این پژوهش، راهنمایی برای تدوین بسته‌های درمانی اختصاصی برای کاهش نگرانی و اجتناب شناختی باشد. از محدودیت‌های عمده‌ی این مطالعه نیز می‌توان به نمونه‌ی آماری و روش نمونه‌گیری استناد کرد که با توجه به این‌که کلیه‌ی نمونه‌های این مطالعه به شیوه‌ی داوطلبانه و از بین دانشجویان مرد انتخاب شدند، در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مطالعات تجربی کنترل‌شده‌تری روی نمونه‌های بالینی با

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

اختلال‌های اضطرابی مشخص انجام شود. علاوه بر این نبود سنجش‌های پیگیرانه برای ارزیابی میزان ماندگاری تأثیر مداخله‌ی انجام شده، تفسیر و تعمیم این یافته‌ها را با محدودیت مواجه ساخته است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی این مداخله روی جمعیت‌های بالینی و بهنجار با ایجاد فرصت ارزیابی‌های پیگیری مجدد آزمون گردد.

References:

1. Castaneda AE, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Suvisaari J, Lonnqvist J. A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. Journal of affective disorders 2008; 106(1): 1-27.
2. Bassankazad S, Moeini N, Mehrabizadeh M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. Journal of Behavioral Sciences 2010; (4)4: 340-335. (Persian)
3. Essau CA, Petermann F. Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and treatment. Routledge; 2013.
4. Saduk B, Saduk V. Summary psychiatry, behavioral sciences and clinical psychiatry, translation by farzin rezaei. Tehran: Arjmand Publication; 2008. (Persian)
5. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. John Wiley & Sons; 2013.
6. Bailey R, Wells A. Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. Journal of anxiety disorders 2015; 34: 8-14.
7. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. Annual Review of Clinical Psychology 2016; 9: 275-297.
8. Hanrahan F, Field AP, Jones FW, Davey GC. A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. Clinical Psychology Review 2013; 33(1): 120-132.
9. Llera SJ, Newman MG. Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. Behavior Therapy 2014; 45(3): 283-299.
10. Hazlett-Stevens H. Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment. New York: Springer Verlag; 2008.
11. Borkovec TD, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS, editors. Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. New York: Guilford Press; 2004. P. 77-108.
12. Aldao A, Mennin DS, McLaughlin KA. Differentiating worry and rumination: Evidence from heart rate variability during spontaneous regulation. Cognitive Therapy and Research 2013; 37(3): 613-619.
13. Ottenbreit ND, Dobson KS, Quigley L. An examination of avoidance in major depression in comparison to social anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy 2014; 56: 82-90.
14. Dickson KS, Ciesla JA, Reilly LC. Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: examination of temporal effects. Behavior therapy 2012; 43(3), 629-640.
15. Kashdan TB, Roberts JE. Social anxiety, depression and post event rumination: Affective consequences and social contextual influences. Journal of Anxiety Disorders, 2004; 21: 284-301.
16. Fehm L, Margraf J. Thought suppression: specify in agrophobia versus broad impairement in social phobia? Behaviour Research and Therapy 2002; 40: 57-66.
17. Bogels SM, Mansell W. Attentional processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hyper vigilance, avoidance and self- focused attention. Clinical Psychology Review 2004; 24: 827-856.
18. Kaviani H, Javaheri F, Bahirai H. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness in reducing conscious negative thoughts, ineffective attitudes, depression and anxiety. Advances in Cognitive Science, 2005; (1)7, 59-49. (Persian)
19. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2010; 78(2): 169-183.

20. McManus F, Muse K, Surawy C, Hackmann A, Williams JMG. Relating differently to intrusive images: The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on intrusive images in patients with severe health anxiety (Hypochondriasis). Mindfulness 2015; 6(4): 788-796.
21. Helmes E, Ward BG. Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. Aging & Mental Health 2015; 23: 1-7.
22. Jones FW, Strauss C, Cavanagh K. Self-Help mindfulness-based cognitive therapy. In Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Springer International Publishing; 2016. P. 113-121.
23. Segal Z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
24. Baer RA. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Academic Press; 2015.
25. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. Clinical Psychology Review 2015; 37: 1-12.
26. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2008; 43, 667-672.
27. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vog VR, Jacobs GA. The state-trait anxiety inventory for adults. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists; 1983.
28. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30, 607-610.
29. Williams J, Segal Z. Cognitive therapy based on the presence of mind for depression. In: Jahani Tabesh O, Mohammad Khani P, Temnaeifar Sh. Fatadid Publishing; 2005.
30. Mohammadzadeh A, Jamhery, SR. The comparison of personality traits, trait–state anxiety and existential anxiety among patients with generalized anxiety disorder and normal people. Journal of Clinical Psychology 2016; 29, 92-83. (Persian)
31. Panahi shahry M. Preliminary review of the validity, validity and accuracy of the anxiety-status state log. [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1993. (Persian)
32. Mehram B. Standardization of spielberger anxiety test in Mashhad. [dissertation]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 1993. (Persian)
33. Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: Validation of the English translation. Journal of Anxiety Disorders 2008; 22: 335-370.
34. Alilu M, Shahja T, Hashemi Z. Comparison of uncertainty tolerance, cognitive avoidance, negative direction to problem and positive beliefs in concern between patients with generalized anxiety disorder and normal people. New Psychological Research (Psychology, University of Tabriz) 2010; 5(20): 167-185.
35. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour Research and Thererapy 1990; 28(6): 487-495.
36. Dasheiri G, Golsari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. Jounal of Clinical Psychology 2009; (4)1: 75-67. (Persian)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

Original Article

EFFICACY OF MINDFULLNESS BASED COGNIIVE THERAPY ON WORRY AND COGNITIVE AVIODANCE IN ANXIOUS STUDENTS OF UNIVERSITIES

Seyedeh Zahra Ahmadi[1], Bahram Mirzaian[2]*, Mohammad Taghi Maddah[3]

Received: 14 January, 2017 Accepted: 15 March, 2017

Abstract

Background & Aims:

Anxiety disorders are the most prevalent psychological disorders in common population. The present study was designed to investigate the effect of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on worry and cognitive avoidance in anxious students of universities.

Materials & Methods:

This study is quasi-experimental with The pretest-posttest design. 30 students who have taken STAI diagnostic test (State-Trait Anxiety Inventory) and shown the test anxiety symptoms were chosen by convenient sampling method and were randomly divided into two equal (15 participants) groups: experimental and control groups. The experimental group was receiving mindfulness based cognitive therapy for 8 sessions while the control group did not receive any intervention.

Results:

The obtained data were analyzed by covariance method (ANCOVA). The results of this study indicate that MBCT is effective and useful strategies in reducing of worry and cognitive avoidance in anxious students.

Conclusion:

According to the results, MBCT can be effective in decreasing of anxiety by reducing of worry and cognitive avoidance.

Key Word: Anxiety, Cognitive avoidance, Mindfulness based cognitive therapy, Worry

Address: *Sari, Islamic Azad University, Sari Branch, Faculty of Psychology*

Tel: *+989375743047*

Email: *Bahrammirzaian@gmail.com*

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

[1] *MA student of clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran*

[2] *Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran (Corresponding Author)*

[3] *Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran*