

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

سیده زهرا احمدی<sup>۱</sup>، بهرام میرزائیان<sup>۲\*</sup>، محمد تقی مداد<sup>۳</sup>

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 اضطراب بالا پس از اجرای آزمون تشخیصی (سیاهه‌ی اضطراب حالت-صفت) به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه به طور 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 به دست 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 ۱-۱۰، زمستان ۱۳۹۵

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

Email: Bahrammirzaian@gmail.com

### مقدمه

همراه است و تقریباً ۲۰ درصد از افراد جامعه آن را تجربه می‌کنند (۳). این اضطراب به عنوان یک عالمت هشداردهنده خبر از خطری قریب‌الواقع 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 تنفس 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 قضاوتهای فرد درباره کنترل‌پذیری یا توان مقابله کم برآورده

مطابق با ادبیات پژوهش «اضطراب»<sup>۱</sup> نوعی هیجان ناخوشایند، مبهم و تعیین یافته‌ای است که با یک یا چند احساس جسمی (مانند تپش قلب، تعریق، سردرد، بی‌قراری، تکرر ادرار و مانند آن) و چند عالمت روان‌شناختی (مانند سوگیری توجه<sup>۲</sup> سبب به علایم اضطرابی و گوش‌بزنگی<sup>۳</sup> 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

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

<sup>۲</sup> استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

<sup>4</sup> anxiety

<sup>5</sup> attention bias

<sup>6</sup> vigilency

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 تشديد 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. به عنوان نمونه کشdan و رابت<sup>۴</sup> (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 تمہیدات اجتنابی برای رهایی از تفکرات نگران‌کننده درباره‌ی موقعیت اجتماعی خویش بهره‌جویند. به نظر می‌رسد که راهبرد اجتناب شناختی راهی است که افراد در مواجهه با رویدادهای اجتماعی و تماس‌های بین‌فردي انتخاب می‌کنند تا به شرایط تندیگی زا پاسخ گویند. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرك تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر توسط محققین مختلف گزارش شده است (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 آن چه 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 می‌کردد. با این وجود پس از شناسایی و پرنگ شدن جنبه‌های شناختی اضطراب، راهبردهای درمانی نیز بهره‌گیری از روش‌های شناختی را در درمان اختلال‌های اضطرابی به کار بردند (۱۸). بدروم 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 نابستگی 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<sup>۵</sup> درمان‌های شناختی-رفتاری

شود، منجر به ایجاد «نگرانی» افزون بر اضطراب اولیه خواهد شد (۶). مروری بر مطالعات اخیر در حوزه‌ی اختلال‌های اضطرابی بهویشه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> 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، واقعی و نتایج تهدیدزا را پیش‌بینی می‌کنند و این پیش‌بینی‌ها به تدریج تبدیل به راهبردی برای کشف و مقابله با تهدیدهای قریب‌الواقع می‌شوند. در نتیجه این افراد در یک حالت پایدار گوش‌بزنگی زندگی می‌کنند. از آن جایی که تهدیدهای پیش‌بینی شده به طور طبیعی خیلی نامحتمل هستند، توانایی فطری انسان برای برنامهریزی، از طریق فکر کردن درباره‌ی آینده، بهجای این که موجب رفتار سازنده‌ی حل مسئله شود، منجر به ایجاد تنفس و اضطراب می‌شود (۱۰، ۱۱). نگرانی را به عنوان 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 واقعی 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 به عنوان جزء شناختی اضطراب، محور مرکزی چندین اختلال اضطرابی است و این مسئله 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،<sup>۳</sup> 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 بی‌اشتهاهی عصبی و مصرف مواد) بروز کند (۱۳). از جنبه‌ی

<sup>1</sup> worry<sup>2</sup> generalized anxiety disorder<sup>3</sup> avoidance strategy

جامعه‌ی آماری مزبور اجرا شد. مطابق با نتایج به دست آمده از اجرای سیاهه‌ی مزبور، تعداد ۴۵ دانشجو واحد شرایط اضطراب بالا (بر اساس نمره‌ی برابر و بالاتر از ۵۳ در سیاهه‌ی اضطراب اسپیل‌برگ) تشخیص داده شدند. پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی و بررسی ملاک‌های ورود در مطالعه، درنهایت تعداد ۳۰ دانشجو واحد ملاک‌های تشخیص اضطراب بالا به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس به عنوان 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 اسپیل‌برگ (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 واحد اضطراب بالا که در گروه آزمایشی جایگزین شدند طی هشت جلسه‌ی دو ساعته درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند، حال آن که 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 نوشه‌ی ویلیامز و سگال، ترجمه‌ی جهانی تابش، محمدخانی، تمنابی‌فر<sup>۶</sup> (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 اسپیل‌برگ (STAI):<sup>۷</sup>

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

<sup>5</sup> Krejcie & Morgan

<sup>6</sup> Jahani Tabesh, Mohammad Khani, & TemnaEIFAR

<sup>7</sup> state-trait anxiety inventory (STAI)

را در درمان اضطراب مورد کاوش قرار داده‌اند (به عنوان نمونه، ۱۹، ۲۰، ۲۱). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> (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 ذهن آگاهی می‌باشند<sup>۲</sup> (۲۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی که در ابتدا به منظور پیشگیری از عوذهای افسردگی توسعه سگال ویلیامز و تیزدل<sup>۲</sup> (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<sup>۲</sup> (۲۴، ۲۵). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه‌ی این که بر هر دو بعد جسمانی و ذهنی اثرگذارند دارای اثربخشی بالایی برای درمان اختلال‌های بالینی و بیماری‌های جسمی برخوردارند. با این وجود تا جایی که 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 سوء اضطراب در کاهش توانمندی‌های تحصیلی و بهزیستی روانی دانشجویان با ایرام و بیلگل<sup>۳</sup> (۲۶)، مطالعه‌ی حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی دانشجویان با اضطراب بالا نجات خواهد شد. در سایه‌ی دستیابی به این هدف، مطالعه‌ی حاضر به آزمون دو فرضیه خواهد پرداخت: ۱. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نگرانی دانشجویان با اضطراب بالا می‌شود، ۲. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی 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 ۱۳۹۴-۱۳۹۵ در رشته‌ی کشاورزی مشغول به تحصیل بودند. برای تعیین نمونه‌ی آماری مطالعه ابتدا به صورت تصادفی سیاهه‌ی اضطراب حالت- صفت اسپیل‌برگ، گورسج، لاشینی، وگ و جاکوبز<sup>۴</sup> (۲۷) روی ۱۲۰ نفر (پس از مراجعته به جدول کرجسی و مورگان<sup>۵</sup> (۲۸) جهت تعیین تعداد نمونه از روی یک جامعه‌ی مشخص) از دانشجویان

<sup>1</sup> mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

<sup>2</sup> Segal, Williams, & Teasdale

<sup>3</sup> Bayram & Bilgel

<sup>4</sup> Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vog, & Jacobs

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 به دست آمده بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. مطابق با ملاک‌های تفسیری جهت اضطراب آشکار و پنهان بر اساس پژوهش هنجرایی‌آزمون اضطراب حالت و صفت مهرام<sup>۳</sup> (۳۲) نمره‌ی برابر ۵۳ به عنوان اضطراب بالا و شدید طبقه‌بندی می‌گردد. و بالاتر از ۵۳ این سیاهه در مطالعه حاضر در مقیاس حالت اضطراب ضریب آلفای ۰/۸۴ و برای صفت اضطراب ۰/۸۷ به دست آمد.

همیشه» در اضطراب صفت نمره‌گذاری می‌شوند. در این پرسشنامه تعدادی از سوال‌ها به صورت مستقیم و تعدادی به صورت 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 هنجرایی‌آزمون ایرانی پناهی شهری<sup>۱</sup> (۳۱) آن را روی گروه‌های چهارگانه داشت آزمون مؤنث (۳۹۴ نفر) و مذکور (۳۹۵ نفر) و دانشجویان مؤنث (۴۱۹ نفر) و مذکور (۳۸۷ نفر) اجرا نمودند که نتایج آن بیانگر همسانی درونی

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

| جلسات      | محتوای جلسات  |
|------------|---|
| جلسه اول   | هدایت خودکار - تکیک وارسی بدنی به شرکت کنندگان آموزش داده شد و فیلم آموزشی وارسی بدنی و برگه‌های تمرين برای انجام در منزل توزیع می‌گردد.  |
| جلسه دوم   | رویارویی با موانع - مراقبه در وضعیت نشسته اجرا گردید. انجام تمرين ثبت وقایع خوشایند در طول هفته توضیح داده می‌شود و برگه‌های مربوطه توزیع می‌گردد.  |
| جلسه سوم   | تنفس همراه با حضور ذهن - بازنگری تمرينات، تمرين دیدن و شنیدن به مدت ۵ دقیقه انجام می‌شود و تکیک راه رفت با هشیاری فراگیر و فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به شرکت کنندگان آموزش داده می‌شود. جزوایت شرکت کنندگان و فیلم آموزشی تنفس همراه با حضور ذهن به دانشجویان داده می‌شود. |
| جلسه چهارم | ماندن در زمان حال - بازنگری تمرينات، مراقبه‌ی آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و همچنین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به طور منظم و ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (هنگام احساسات ناخواسته شدید) به صورت عملی اجرا می‌شود.  |
| جلسه پنجم  | اجازه‌ی حضور - بازنگری تمرينات 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 جزوایت به جلسه پنجم توزیع می‌شود.                                      |
| جلسه ششم   | افکار حقایق نیستند - شناخت امور روزمره خودکار، احساس بیهودگی همراه با بی‌علاقگی به فعالیت‌های قبلی، فرار با اجتناب از موقعیت‌های اضطراب را و همچنین توضیح روش‌هایی که می‌توانند با استفاده از آن‌ها افکار خود را به نحو متفاوتی بینند، از اهداف جلسه ششم می‌باشد.     |
| جلسه هفتم  | مراقبت از خود - تکنیک‌های قبلی در این جلسه به گونه‌ای تمرين شد که به عنوان یک کار متداول روزانه مورد استفاده قرار گیرد و در واقع حضور ذهن سیک زندگی فرد می‌شود.   |
| جلسه هشتم  | بازنگری مطالب گذشته و استفاده از آن چه 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 جلسه گذشته چه در تمرينات منظم و چه در تمرينات غیرمنظم ایجاد شده، ادامه یابد.            |

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 بساکنزاد، معینی و مهربانی‌زاده<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) نیز ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و به ترتیب برای خردمندی مقیاس‌های فرونشانی فکر ۰/۹۰، برای جانشینی فکر ۰/۷۱، برای حواس‌پری ۰/۸۹، برای اجتناب از محرك تهدیدکننده ۰/۹۰ و برای تبدیل تصورات به افکار برابر ۰/۸۴ به دست آمد. ضریب روایی آن نیز از طریق ضریب همبستگی با سیاهه‌ی فرونشانی فکر خرس سفید<sup>۳</sup> برابر ۰/۴۸ به دست آمد. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر نیز برای نمره‌ی کل اجتناب شناختی برابر ۰/۸۹ و به ترتیب برای خردمندی مقیاس‌های فرونشانی فکر ۰/۹۲، برای جانشینی فکر ۰/۷۹، برای حواس‌پری ۰/۸۶، برای

۲. پرسشنامه‌ی اجتناب شناختی (CAQ):<sup>۴</sup> این پرسشنامه توسط سکستون و داگاس<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ سوال و در طیف‌های لیکرت پنج درجه‌ای از یک (کاملاً غلط) تا پنج (کاملاً درست)، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌ستجد که عبارت است از: ۱) واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، ۲) جانشینی افکار مثبت به جای 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 (۲۰۰۳) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالای 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<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴) برای اعتباریابی نسخه‌ی

<sup>۵</sup> Alilu, Shahja, & Hashemi

<sup>۶</sup> Bassankazad, Moeini, & Mehrabizadeh

<sup>۷</sup> white bear thought suppression inventory

<sup>1</sup> Panahi shahry

<sup>2</sup> Mehram

<sup>3</sup> cognitive avoidance questionnaire (CAQ)

<sup>4</sup> Sexton & Dugas

زمانی یک ماه (معادل با ۰/۷۹ برابر نمره‌ی کل و ۰/۸۰ و ۰/۶۷) بهترتبیب برای عامل‌های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نیز در حد بالای گزارش شد. همچنین همبستگی معنی‌دار نمره‌های پرسشنامه با نمره‌های اضطراب صفت<sup>۱</sup> (۰/۶۸) و افسردگی<sup>۲</sup> (۰/۴۳) بیانگر روایی این پرسشنامه بوده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر نیز برابر نمره کل برابر با ۰/۸۷ و برای عامل‌های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی بهترتبیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ بهدرست آمد.

### یافته‌ها

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان با اضطراب 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.

اجتناب از محرك تهدیدکننده ۰/۹۱ و برای تبدیل تصورات به افکار ۰/۸۶ بهدرست آمد.

### ۳. پرسشنامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ):

این پرسشنامه توسط میر، میلر و متزگر<sup>۳</sup> (۳۵) به عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۶ سؤالی که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد، ساخته شده است. همچنین این ابزار به عنوان شاخصی برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود. مقیاس پاسخ‌گویی به سوالات لیکرت پنج درجه‌ای است از یک (اصلًا صادق نیست) تا پنج (بسیار صادق است). ۱۱ سؤال پرسشنامه به طور مثبت و ۵ سؤال آن به طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی<sup>۴</sup> (۳۶) در بین ۴۲۴ داشجوی 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 برآش بهتری است. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ معادل با ۰/۸۸ برای نمره کل و ۰/۷۶ و ۰/۶۳ بهترتبیب برای عامل‌های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) و بازارآمایی با فاصله‌ی

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره‌های دو گروه در مطالعه پژوهش در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| شاخص‌ها   | گروه    | پس‌آزمون | میانگین | انحراف معیار | میانگین | پس‌آزمون | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
|---|---------|----------|---------|--------------|---------|----------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| نگرانی عمومی                                    | آزمایشی | ۰/۶۷     | ۰/۶۴    | ۰/۶۴         | ۰/۵۳    | ۰/۲۹     | ۰/۵۲    | ۰/۰۰         | ۰/۰۰    | ۰/۰۰         | ۰/۰۰    |
| فقدان نگرانی                                    | آزمایشی | ۰/۶۰     | ۰/۳۱    | ۰/۳۳         | ۰/۱۰    | ۰/۵۵     | ۰/۶۵    | ۰/۹۳         | ۰/۹۳    | ۰/۹۳         | ۰/۹۳    |
| نگرانی و اضطراب کلی                             | گواه    | ۰/۰۷     | ۰/۸۹    | ۰/۲۰         | ۰/۱۳    | ۰/۶۵     | ۰/۷۶    | ۰/۸۷         | ۰/۸۷    | ۰/۸۷         | ۰/۸۷    |
| واپس‌زنی افکار نگران کننده                      | آزمایشی | ۰/۲۷     | ۰/۸۷    | ۰/۸۷         | ۰/۴۳    | ۰/۸۰     | ۰/۸۰    | ۰/۰۹         | ۰/۰۹    | ۰/۰۹         | ۰/۰۹    |
| جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده     | گواه    | ۰/۰۷     | ۰/۶۵    | ۰/۰۰         | ۰/۱۶    | ۰/۸۵     | ۰/۳۴    | ۰/۸۰         | ۰/۰۰    | ۰/۰۰         | ۰/۰۰    |
| استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی   | آزمایشی | ۰/۲۰     | ۰/۳۶    | ۰/۶۷         | ۰/۱۲    | ۰/۳۵     | ۰/۹۹    | ۰/۷۳         | ۰/۷۳    | ۰/۷۳         | ۰/۷۳    |
| اجتناب از موقعیت‌های فعال‌ساز افکار نگران کننده | گواه    | ۰/۵۳     | ۰/۱۶    | ۰/۱۶         | ۰/۱۰    | ۰/۸۸     | ۰/۵۱    | ۰/۰۰         | ۰/۰۰    | ۰/۰۰         | ۰/۰۰    |
| تجزیه تصوری ذهنی به افکار کلامی                 | آزمایشی | ۰/۰۰     | ۰/۲۴    | ۰/۶۷         | ۰/۱۱    | ۰/۸۸     | ۰/۸۸    | ۰/۸۰         | ۰/۸۰    | ۰/۸۰         | ۰/۸۰    |
| اجتناب شناختی کلی                               | گواه    | ۰/۰۰     | ۰/۹۷    | ۰/۴۷         | ۰/۵۸    | ۰/۱۹     | ۰/۳۴    | ۰/۲۰         | ۰/۰۰    | ۰/۰۰         | ۰/۰۰    |

اجتناب شناختی در گروه آزمایشی است؛ به این صورت که میانگین گروه آزمایشی در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش داشته

با توجه به جدول شماره (۲) میانگین نمره‌های دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون نشان‌دهنده‌ی روند کاهشی نمره‌های نگرانی و

<sup>3</sup> Dasheiri, Golsari, Borjali, & Sohrabi

<sup>1</sup> pennsylvania state worry questionnaire (PSWQ)

<sup>2</sup> Meyer, Miller, & Metzger

حکای از برقراری رابطه‌ی خطی نمره‌های در متغیرهای مزبور بوده است. در گام بعدی مفروضه‌ی یکسانی واریانس نمره‌های دو گروه با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن حکای از یکسانی واریانس نمره‌های 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 خطأ | سطح معنی‌داری |
|-------------------|-------|--------|----------|--------|---------------|
| اثر پیلای         | ۱/۵۳  | ۳۲/۸۴  | ۹        | ۶۲     | .۰/۰۰۱        |
| لامبدای ویکر      | ۰/۰۴  | ۷۷/۹۱  | 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        |

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.

است. این در حالی است که میانگین نمره‌های دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری نداشتند. برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های 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 نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره‌های نگرانی و اجتناب شناختی با استفاده از رسم نمودار پراکنش با خط رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که موازی بودن شیب خطها

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

جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تکمتغیری در متن مانکوا جهت مقایسه‌ی نمره‌های 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 نگران کننده                      | ۱۴۵/۸۳        | ۱  | ۱۴۵/۸۳          | ۳۹/۶۵  | .۰/۰۰۱        |
| جانشینی افکار مشبت بجای افکار نگران کننده       | 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 نگران کننده | ۹۲/۲۲         | ۱  | ۹۲/۲۲           | ۷۱/۳۳  | .۰/۰۰۱        |
| تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی                | ۷۲/۴۰         | ۱  | ۷۲/۴۰           | ۲۶/۰۶  | .۰/۰۰۱        |
| اجتناب شناختی کلی                               | ۳۰۹۲/۸۰       | ۱  | ۳۰۹۲/۸۰         | ۱۷۶/۰۲ | .۰/۰۰۱        |

گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش داده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به آثار سؤال‌نایی 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 حکای از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی

نتایج جدول شماره (۴) که مربوط به تحلیل کوواریانس فرضیه‌های این مطالعه می‌باشد نشان می‌دهد که پس از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون، بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی پس‌آزمون نگرانی و اجتناب شناختی و کلیه‌ی زیرمقیاس‌های 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 ذهن‌آگاهی نگرانی و اجتناب شناختی و زیرمقیاس‌های آن‌ها در گروه آزمایشی نسبت به

تبیین یافته‌های فوق می‌توان مطرح ساخت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیمار کمک می‌کند 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 قوع نمی‌پیوندد (۲) فکر نگران کننده و گناه‌آور به صورت ارادی متوقف کرد پیش از آنست (۳) افکار مزاحم را می‌توان به صورت ارادی متوقف کرد. همچنین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بازسازی شناختی، یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش بیش‌برآوردسازی خطر و بیش‌مهمندی 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). ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه‌ی خود باعث چلوگیری از گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدایی افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود سگال و همکاران (۲۲). 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 تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم روانی می‌گردد که شاید یکی از ویژگی‌های درمان پس از آموزش ذهن آگاهی تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. آموزش مشاهده‌ای افکار و هیجانات آشتفتہ‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها، منجر به بالارفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در دانشجویان می‌شود. بر این اساس تداوم تمرین‌های ذهن آگاهی منجر به ایجاد تغییرات رفتاری برای خودمراقبتی بهتر می‌شود.

در سطح کاربردی یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی 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 عمدی این مطالعه نیز می‌توان به نمونه‌ی آماری و روش نمونه‌گیری استناد کرد که با توجه به این‌که کلیه نمونه‌های این مطالعه به شوهی داوطلبانه و از بین دانشجویان مرد انتخاب شدند، در تعییم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مطالعات تجربی کنترل شده‌تری روى نمونه‌های بالینی با

در دانشجویان با اضطراب بالا بوده است. بر این اساس می‌توان گفت آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرين مکرر توجه متمرکز روی حرکت‌های 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 ذهن آگاهی در دانشجویان اضطرابی را می‌توان همسو با مطالعات پیشینی دانست که هر یک بر اثربخشی این درمان در انواع اختلال‌های اضطرابی تأکید کرده بودند (به عنوان نمونه، ۱۸، 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 ذهن آگاهی 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 به صورت مثبت تجربه نمایند. بر این اساس آموزش ذهن آگاهی با تلفیقی از تن‌رامی و مراقبه‌ی ذهن آگاهی، یکی از روش‌های درمانی مبتنی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلاهای انسان آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلاهای انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن به طریق خاص، در زمان حال طرفی حضور ذهن به معنی توجه کردن به طریق خاص، در زمان حال و بدون دوری است. در حضور ذهن 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 حلال خود بدون قضاوت از میزان این نگرانی کاسته شود (۱۸). در ذهن آگاهی 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 چلوگیری 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 ذهن آگاهی بر اجتناب شناختی دانشجویان مضطرب مؤثر بوده است. در

- 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 agoraphobia versus broad impairment 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

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 روى جمعیت‌های بالینی و بهنجران با ایجاد فرصت ارزیابی‌های پیگیری مجدد آزمون گردد.

## References:

1. Castaneda AE, Tuilio-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

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, Temnaefar 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. Mehran 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 Therapy* 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)
- 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.

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

**Seyedeh Zahra Ahmadi<sup>1</sup>, Bahram Mirzaian<sup>2\*</sup>, Mohammad Taghi Maddah<sup>3</sup>**

**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

<sup>1</sup> MA student of clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran