مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی دانشجویان اضطرابی

سیده زهرا احمدی[1]*، اصغر نوروزی[2]، مریم حامدی[3]

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۸ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۲۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: کاهش بهزیستی ذهنی از شایع‌ترین مشکلات در اختلال‌های اضطرابی است. مطالعه حاضر با هدف کارآزمایی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر بهزیستی ذهنی در دانشجویان اضطرابی انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. ۳۰ دانشجوی با اضطراب بالا پس از اجرای آزمون تشخیصی (سیاهه اضطراب حالت-صفت) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل به‌طور برابر (۱۵ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گماشته شدند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از روش آماری کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی راهبرد مفید و مؤثری برای افزایش بهزیستی ذهنی و کاهش عواطف منفی در دانشجویان اضطرابی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های این مطالعه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند روش مؤثری برای ارتقای بهزیستی ذهنی از طریق کاهش عواطف منفی در مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی باشد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، بهزیستی ذهنی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، عواطف مثبت، عواطف منفی

مجله ایده‌های نوین روانشناسی، دوره اول، شماره دوم، ص ۴۴-۳۵، بهار ۱۳۹۶

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

Email: f.mohammadnejad2013@gmail.com

مقدمه

اضطراب[4] و اختلال‌های اضطرابی[5] یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است. اضطراب به‌عنوان یک تجربه هیجانی ناخوشایند تعریف می‌گردد که با چندین نشانه جسمی و روان‌شناختی همراه می‌باشد. برخلاف افسردگی که واکنشی در برابر فقدان و متوجه گذشته می‌باشد، اضطراب واکنشی در برابر تهدید و معطوف به آینده است. این تهدید می‌تواند در برگیرنده خطر، نبود حمایت و محرک‌های ناآشنا را دربرگیرد (۱). به‌رغم ساز و کار تکاملی اضطراب و ارزش آن برای بقاء، سطوح مزمن و یا حاد آن غالباً عملکرد عمومی افراد را مختل می‌سازد. نشانه‌های جسمی اضطراب به‌صورت عضلانی (مانند لرزش، گرفتگی و ضعف عضلانی)، خودکار (مانند تعریق و تپش قلب و گر گرفتگی و تنگی نفس و تهوع)، نشانه‌های روانی آن به‌صورت شناختی (مانند احساس تنش و ترس، نگران‌اندیشی[6]، انتظار وقوع مصیبت و سوگیری توجه[7]) و بیش‌برانگیختگی[8] (مانند گوش‌بزنگی[9] مفرط و تحریک زیاد

[1] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

[2] استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

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

[4] anxiety
[5] anxiety disorders
[6] worry
[7] attention bias
[8] hyperarousality
[9] viligelency

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

از حد) با مداخله در کارکردهای فرد کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی[1] افراد مبتلا را دچار اختلال می‌کند (۲، ۳). میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی در بررسی‌های گوناگون دارای تفاوت‌هایی است که این تفاوت‌ها احتمالاً ناشی از تفاوت در روش‌شناسی پژوهش، طول مدت در نظر گرفته شده برای ابتلا به اختلال و نیز میزان شیوع اختلال در جامعه مورد بررسی است. اما به‌طورکلی بررسی نشان می‌دهند شیوع اختلال‌های اضطرابی در جمعیت عمومی بین ۱۵ تا ۳۵ درصد در نوسان است (۱، ۴). با توجه به هزینه‌های گزافی که علایم حاد و مزمن اضطراب روی سلامت روانی و بهزیستی مبتلایان به آن دارند، ارئه راهبردهایی برای پیشگیری و همچنین مقابله با آثار سوء آن همیشه در کانون توجه پژوهشگران بوده است (۵).

یکی از آثار سوء اضطراب کاهش بهزیستی روان‌شناختی و ذهنی است. ظهور جنبش روانشناسی مثبت‌نگر[2] الهام‌بخش گروهی از روان‌شناسان شد تا به‌جای اصطلاح سلامت روانی از بهزیستی روان‌شناختی استفاده کنند زیرا اعتقاد بر این است این اصطلاح بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌سازد (۶) و ترکیبی از شادی، لذت و یافتن معنا در زندگی است (۷). بهزیستی روان‌شناختی مطابق با تعاریف دربردارنده توانمندی‌های فردی است (۸) و بر ویژگی‌های مرتبط با خوشبینی[3] تأکید می‌ورزد (۹). یکی دیگر از مفاهیم مرتبط در این زمینه مفهوم بهزیستی ذهنی[4] است. با توجه به گسترش روانشناسی مثبت پژوهش‌ها درباره بهزیستی ذهنی و توانمندی‌های انسانی با سرعت زیادی رو به افزایش است (۵). بهزیستی ذهنی یک ساختار مهم در پژوهش‌های مربوط به تفسیر شخصیت است و به‌عنوان ارزیابی مثبت از زندگی و تعادل میان عاطفه مثبت و منفی[5] تعریف شده است (۱۰، ۱۱). رضایت از زندگی به‌عنوان جنبه شناختی بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و منفی به‌عنوان ابعاد کلی‌تری که بیانگر تجارب عاطفی روزانه افراد هستند، مدل سه مؤلفه‌ای مورد پذیرش پیرامون بهزیستی ذهنی است (۱۲). با توجه به اهمیت بهزیستی ذهنی در ساختار روان‌شناختی زندگی انسانی، ارتقای آن هدف بسیاری از مطالعات درمانی در وضعیت‌های بالینی و غیربالینی بوده است؛ مانند اثربخشی شناخت درمانی روی بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به سرطان (۱۲) و اثربخشی آموزش شادکامی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی زنان خانه‌دار (۱۳). همچنان که پیشتر نیز اشاره شد وضعیت‌های بالینی همچون اضطراب نیز با کاهش بهزیستی ذهنی همراه هستند. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مطالعات اخیر رویکردهای جدید موسوم به موج سوم[6] درمان‌های شناختی- رفتاری را در درمان اضطراب مورد کاوش قرار داده‌اند؛ به‌ویژه درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

گرچه تعاریف گوناگونی از ذهن‌آگاهی ارائه شده است، اما این مفهوم به‌طور عملیاتی به‌عنوان کیفیتی از هوشیاری و آگاهی تعریف شده که از نوعی توجه بدون قصدمندی نسبت به تجربه‌های هیجانی حاصل می‌شود (۱۴). ریشه‌های مفهوم ذهن‌آگاهی را می‌توان در آیین‌های شرق دور و مفاهیم جاری در روانشناسی مدرن مغرب‌زمین واکاوی نمود که به تحولات گسترده‌ای در حوزه کاربرد مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBIs)[7] منتهی شده است. این شکل از مداخله‌های بالینی طی سال‌های اخیر به شکل گسترده‌ای با ترکیب و تلفیق تمرین‌های سنتی و آیینی ذهن‌آگاهی با روش‌های روان‌شناختی رایج، در راستای ارتقای کارکردهای روان‌شناختی و بهزیستی به کار گرفته شده‌اند (۱۵). دو شکل از انواع مداخله‌های بالینی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که به شکل گسترده‌ای توسط پژوهشگران و بالینگران مورد استفاده قرار گرفته است عبارت‌اند از: راهبرد کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)[8] (۱۴) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)[9] (۱۶). این دو راهبرد درمانی طی هشت جلسه به آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی از طریق طیف گسترده‌ای از تمرین‌های رسمی و غیررسمی ذهن‌آگاهی می‌پردازند. این تمرین‌ها مشتمل بر تنفس، تفکر، احساسات بدنی، صداها و فعالیت‌های روزانه مبتنی بر ذهن‌آگاهی هستند (۱۷، ۱۸، ۱۹). حجم گسترده‌ای از شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی مثبت مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طیف گسترده‌ای از علایم بالینی و غیربالینی روان‌شناختی شامل اضطراب و اختلال‌های اضطرابی (۲۰)، پیشگیری از خطر عود افسردگی (۲۱)، علایم جاری افسردگی (۲۲) و استرس و تنیدگی (۲۳) بوده است.

مروری بر مطالعات اخیر در حوزه مداخله‌های بالینی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان می‌دهد که این روش راهبرد مناسبی برای ارتقای بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی در بیماری‌هایی همچون سرطان نیز می‌باشد (۲۴، ۲۵). با این وجود تا جایی‌که مطالعات نگارنده نشان می‌دهد تا کنون مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به اضطراب‌های بالینی و غیربالینی انجام نشده است. از دیگر سو شواهد پژوهشی مؤید آن است که اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت دانشجویی است (۲۶). با توجه تأثیرات سوء اضطراب در کاهش توانمندی‌های تحصیلی و بهزیستی دانشجویان، مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر بهزیستی ذهنی دانشجویان با اضطراب بالا انجام خواهد شد. سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی

[1] psychological well-being
[2] positive psychology
[3] optimism
[4] subjective well-being
[5] positive and negative affect
[6] third wave
[7] mindfulness-based interventions
[8] mindfulness-based stress reduction
[9] mindfulness-based cognitive therapy

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

ارتقای بهزیستی ذهنی دانشجویان اضطرابی اثربخش است؟ فرضیه‌های این پژوهش نیز عبارت‌اند از: ۱) درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی ارتقای بهزیستی ذهنی دانشجویان اضطرابی اثربخش است. ۱-۱) درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی ارتقای عواطف مثبت دانشجویان اضطرابی اثربخش است. ۲-۱) درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش عواطف منفی دانشجویان اضطرابی اثربخش است.

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. جامعه آماری این مطالعه عبارت است از کلیه دانشجویان مرد دانشکده کشاورزی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تعداد ۲۷۶ نفر که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ در رشته کشاورزی مشغول به تحصیل بودند. برای تعیین نمونه آماری مطالعه ابتدا به‌صورت تصادفی سیاهه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر، گورسچ، لاشینی، وگ و جاکوبز[1] (۲۷) بر روی ۱۲۰ نفر (پس از مراجعه به جدول کرجسی و مورگان[2] (۲۸) جهت تعیین تعداد نمونه از روی یک جامعه مشخص) از دانشجویان جامعه آماری مزبور اجرا شد. مطابق با نتایج به‌دست آمده از اجرای سیاهه مزبور، تعداد ۴۵ دانشجو واجد شرایط اضطراب بالا (بر اساس نمره برابر و بالاتر از ۵۳ در سیاهه اضطراب اسپیلبرگر) تشخیص داده شدند. پس از انجام مصاحبه بالینی و بررسی ملاک‌های ورود در مطالعه، در نهایت تعداد ۳۰ دانشجو واجد ملاک‌های تشخیص اضطراب بالا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه‌های این مطالعه در پژوهش شرکت کردند که به شیوه انتساب تصادفی، ۱۵ نفر (با میانگین سنی ۲۰/۷۳ و انحراف استاندارد ۲/۲۱) از آن‌ها در گروه کنترل 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 نمره آن‌ها در سیاهه اضطراب اسپیلبرگر (نمره برابر و بالاتر از ۵۳) و همچنین بر اساس مصاحبه بالینی انجام شده توسط روانشناس بالینی؛ ج) نداشتن بیماری روانپزشکی غیر از اضطراب؛ د) نداشتن بیماری پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. کلیه دانشجویان واجد اضطراب بالا که در گروه آزمایشی جایگزین شدند طی هشت جلسه دو ساعته درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند، حال آن‌که دانشجویان گروه کنترل در معرض چنین درمانی قرار نگرفتند. محتوای جلسه‌های درمانی بر اساس برنامه و بسته آموزشی راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن نوشته ویلیامز و سگال[3]، ترجمه جهانی‌تابش، محمدخانی، تمنایی‌فر[4] (۲۹) تدوین شده است. محور این جلسات درمانی نیز در جدول شماره (۱) ارائه شده است. کلیه شرکت‌کنندگان دو گروه به آزمون بهزیستی ذهنی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند.

جدول (۱): محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ویلیامز و سگال

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، مراقبه 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	اجازه حضور- بازنگری تمرینات و انجام مراقبه 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 جلسه 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، در مورد این که چگونه تحرک و نظمی که در ۷ جلسه گذشته یادگیری شده بعد از پایان جلسات نیز ادامه یابد، بحث و برنامه‌ریزی می‌شود.

1. Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vog, & Jacobs
2. Krejcie & Morgan
3. Wiliams & Segal
4. Jahani Tabesh, Mohammad Khani, & Temnaeifar

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

ابزار پژوهش

سیاهه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر[1] (STAI): این سیاهه شامل ۴۰ گویه می‌باشد که توسط اسپیلبرگر (۳۰) 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 موقعیت‌های 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 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 (۳۱). به‌منظور هنجاریابی این سیاهه برای جمعیت ایرانی پناهی شهری[2] (۳۲) آن را روی گروه‌های چهارگانه 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[3] (۳۴) نمره 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 به‌دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی[4] (SWQ): این پرسشنامه توسط مولوی، ترکان، سلطانی و پلاهنگ[5] (۳۴) پس از مرور پیشینه پژوهش با استفاده از پرسشنامه عوطف مثبت و منفی[6]، پرسشنامه سرزندگی[7]، پرسشنامه رضایت از زندگی[8] و مقیاس خوش‌بینی[9] تهیه و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۹ سؤال است که میزان بهزیستی ذهنی را برآورد می‌کند و علاوه بر ارائه یک نمره کل برای شاخص بهزیستی ذهنی، چهار خرده‌مقیاس نیز دارد که عبارت‌اند از: ۱- خرده‌مقیاس سرزندگی، ۲- خرده‌مقیاس اراده[10] (مجموع این دو خرده‌مقیاس عواطف مثبت را تشکیل می‌دهند)، ۳- خرده‌مقیاس روان‌رنجوری[11] و ۴- خرده‌مقیاس استرس- افسردگی[12] (مجموع این دو خرده‌مقیاس نیز خرده‌مقیاس عواطف منفی را تشکیل می‌دهند). پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت بوده و پاسخ‌ها در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند. روایی محتوایی این پرسشنامه با توجه به استفاده از پرسشنامه‌های معتبر برای گردآوری سؤالات، بر پایه تأیید برخی از اساتید روانشناسی تأیید شده است. مولوی و همکاران (۳۴) در بررسی پایایی این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ به‌عنوان شاخص هماهنگی درونی کل سؤالات این آزمون را برابر با ۰/۹۶ و ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های سرزندگی، اراده، روان‌رنجوری، استرس- افسردگی، عواطف مثبت و عواطف منفی را به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۴، ۰/۹۵ و ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین تمامی سؤالات هر خرده‌مقیاس نیز با نمره کل آن خرده‌مقیاس رابطه مثبت داشتند. تفاوت نمرات افراد در گروه‌های سالم و بیمار نیز نشانگر روایی تشخیصی این پرسشنامه بوده است. در مطالعه حاضر نیز همسانی درونی سؤالات این آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌های سرزندگی، اراده، روان‌رنجوری و استرس-افسردگی به‌ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها

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

در گام بعدی مفروضه یکسانی واریانس نمرات دو گروه با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن حاکی از یکسانی واریانس نمرات دو گروه بوده است (جدول شماره ۳). 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 بهزیستی ذهنی دانشجویان اضطرابی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های شماره (۴) و (۵) ارائه شده است.

[1] State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
[2] Panahi shahry
[3] Mehram
[4] Subjective Well-being Questionnaire (SWQ)
[5] Molavi, Torkan, Soltani, & Palahang
[6] Positive and Negative Affectivity Questionnaire
[7] Vitality Questionnaire
[8] Life Satisfaction Questionnaire
[9] Optimism Scale
[10] determination
[11] neurosis
[12] stress & depression

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	شاخص‌ها				
	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عواطف مثبت	آزمایش	۷/۲۱	۱/۲۹	۷/۶۸	۱/۱۴
	کنترل	۷/۶۶	۱/۶۵	۷/۵۷	۱/۸۵
سرزندگی	آزمایش	۳/۴۵	۰/۶۲	۳/۷۴	۰/۷۵
	کنترل	۳/۷۹	۰/۴۶	۳/۶۴	۰/۶۹
اراده	آزمایش	۳/۷۶	۰/۷۳	۳/۹۴	۰/۵۹
	کنترل	۳/۸۷	۰/۶۲	۳/۹۳	۰/۵۲
عواطف منفی	آزمایش	۶/۸۷	۱/۳۳	۵/۲۷	۱/۲۷
	کنترل	۶/۱۳	۱/۵۸	۶/۶۷	۱/۷۳
روان‌رنجوری	آزمایش	۳/۴۳	۰/۵۲	۲/۵۲	۰/۴۱
	کنترل	۳/۴۱	۰/۴۷	۳/۴۲	۰/۶۸
استرس- افسردگی	آزمایش	۲/۷۰	۰/۳۶	۲/۰۵	۰/۴۹
	کنترل	۳/۴۶	۰/۵۳	۳/۲۵	۰/۳۹
نمره بهزیستی ذهنی	آزمایش	۰/۹۴	۱/۳۹	۲/۳۸	۱/۶۷
	کنترل	۱/۲۱	۱/۴۶	۱/۳۴	۱/۸۳

با توجه به جدول شماره (۲) میانگین نمرات دو گروه در مرحله پس‌آزمون نشان‌دهنده روند کاهشی نمره‌های عواطف منفی و افزایش نمره‌های عواطف مثبت در گروه آزمایشی است؛ به این صورت که میانگین گروه آزمایشی در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در عواطف منفی کاهش و در عواطف مثبت افزایش داشته است. این درحالی است که میانگین نمرات دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری نداشته است. برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از هر گونه استنباط آماری ابتدا مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس رابطه خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات نگرانی و اجتناب‌شناختی با استفاده از رسم نمودار پراکنش با خط رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که موازی بودن شیب خطها حاکی از برقراری رابطه خطی نمرات در متغیرهای مزبور بوده است.

جدول (۳): نتایج آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس نمره‌های دو گروه در بهزیستی ذهنی

متغیر	شاخص‌ها			
	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
عواطف مثبت	۰/۶۱	۱	۲۸	۰/۴۲
سرزندگی	۱/۴۹	۱	۲۸	۰/۲۶
اراده	۰/۳۵	۱	۲۸	۰/۸۶
عواطف منفی	۰/۱۵	۱	۲۸	۰/۶۲
روان‌رنجوری	۰/۵۰	۱	۲۸	۰/۵۰
استرس- افسردگی	۰/۲۲	۱	۲۸	۰/۶۷
بهزیستی ذهنی	۱/۳۳	۱	۲۸	۰/۷۰

جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های بهزیستی ذهنی در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۳۵	۱۲/۷۹	۱	۲۸	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۱/۶۲	۱۲/۷۹	۱	۲۸	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۰۴	۱۲/۷۹	۱	۲۸	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۷۳	۱۲/۷۹	۱	۲۸	۰/۰۰۱

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

همان‌گونه که از نتایج گزارش شده در جدول شماره (۴) بر می‌آید بین دو گروه در بهزیستی ذهنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مدل آماری معنی‌دار است. در جدول شماره (۵) نتایج این تحلیل برای شناسایی دقیق تفاوت‌ها ارائه شده است.

جدول (۵): نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا جهت مقایسه نمرات بهزیستی ذهنی

متغیر	شاخص				
	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
عواطف مثبت	۰/۰۵	۱	۰/۰۵	۱/۱۵	۰/۲۷
سرزندگی	۰/۶۵	۱	۰/۶۵	۰/۹۵	۰/۴۱
اراده	۰/۷۳	۱	۰/۷۳	۰/۸۷	۰/۳۹
عواطف منفی	۱/۳۴	۱	۱/۳۴	۵/۳۷	۰/۰۱
روان‌رنجوری	۰/۳۸	۱	۰/۳۸	۴/۴۷	۰/۰۵
استرس- افسردگی	۲/۲۸	۱	۲/۲۸	۳/۹۴	۰/۰۵
نمره کل بهزیستی ذهنی	۳/۳۹	۱	۳/۳۹	۶/۴۹	۰/۰۱

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول شماره (۵) می‌توان گفت که بین دو گروه آزمایشی و کنترل در کلیه زیرمقیاس‌های بهزیستی ذهنی تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. مطابق با این نتایج درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمره کل بهزیستی ذهنی اثربخش است و فرضیه اول تأیید می‌گردد. همچنین این درمان موجب ارتقای عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی می‌شود (تأیید فرضیه‌های ۱-۱ و ۲-۱).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی دانشجویان با اضطراب بالا انجام شده است. همچنان که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد روش درمانی مزبور ضمن اثربخشی روی نمره کل بهزیستی ذهنی دانشجویان اضطرابی در گروه آزمایش، روی کاهش عواطف منفی و زیرمقیاس‌های آن یعنی روان‌رنجوری و استرس- افسردگی در قیاس با مرحله پیش‌آزمون نیز اثربخش بوده است. این درحالی است که به رغم ارتقای شاخص‌های مربوط به عواطف مثبت این بهبود به لحاظ آماری معنادار نبوده است. به رغم این‌که مطالعه حاضر تاجایی که مطالعات نگارنده نشان می‌دهد نخستین مطالعه‌ای است که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی را در اضطراب مورد مطالعه قرار داده است اما نتایج آن را می‌توان همسو با سایر مطالعاتی دانست که نتایج آن‌ها حاکی از اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود بهزیستی ذهنی در سایر وضعیت‌های بالینی بوده‌اند (۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳). از دیگر سو همچنان که گفته شد اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی دانشجویان با اضطراب بالا در این مطالعه معطوف به شاخص‌های مربوط به عواطف منفی (روان‌رنجوری و استرس- افسردگی) بوده است. این بخش از نتایج مطالعه حاضر را نیز می‌توان همسو با نتایج انبوه مطالعاتی دانست که پیشتر حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش علایم اضطراب (۲۱، ۲۲) و افسردگی (۱۹، ۲۰) بوده‌اند.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان مطرح ساخت آسیب‌های روانی، اغلب به وسیله تفکر سوگیرانه و افراطی، تداوم و از راه تحریف در پردازش داده‌ها، شدت می‌یابند که این امر می‌تواند منجر به کاهش سلامت روان و بهزیستی ذهنی مبتلایان شود (۲۵). استرس‌های هیجانی و عاطفی ممکن است بر رفتار فرد تأثیر گذاشته به نحوی که فرد قادر به کنترل خود نشود. شناخت این مشکلات، رفع یا کاهش آن‌ها، به همراه ارایه آموزش‌هایی نظیر مداخلات ذهن‌آگاهی، برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان بخش مهمی از درمان می‌باشد (۲۴). در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، بیمار از طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت‌دهی قصدمندانه توجه به یک شیء خنثی (مثلاً جریان تنفس) به مشاهده افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود می‌نشیند. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۲۳). این مشاهده‌گری عاری از قضاوت می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله اضطراب فراخوانی می‌شود و در درازمدت موجب کاهش بهزیستی ذهنی می‌شود را کاهش دهد. بر این اساس می‌توان استدلال نمود که تمرین‌های ذهن آگاهانه، توانایی افراد اضطرابی را برای تحمل حالات هیجانی منفی افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر تجهیز می‌نماید. در همین راستا نتایج این مطالعه نیز حاکی از اثربخشی این تمرین‌ها در کاهش عواطف منفی و روان‌رنجوری و استرس- افسردگی بوده است. بنابراین می‌توان گفت مکانیسم پایه در اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر ارتقای بهزیستی ذهنی مبتلایان به اضطراب را در فراگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر آن‌ها طی جلسات درمانی برای مواجهه با هیجان‌ها و عواطف منفی دانست. در واقع انجام مستمر تمرین‌های ذهن‌آگاهی توجه افراد اضطرابی را از بدن، احساسات

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

و افکارشان افزایش می‌دهد. در ذهن‌آگاهی توجه به بدن و تنفس تمرین می‌شود و افراد تحت درمان از حس‌های مختلفی که در بدن و حتی هنگام تنفس خود تجربه می‌کنند، آگاه می‌شوند. همچنین یاد می‌گیرند زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدن گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلب افزایش می‌یابد و ریتم تنفس تغییر می‌کند و کوتاه و کند می‌شود و در نتیجه با تمرین‌های ذهن‌آگاهی توجه به بدن افزایش یافته و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند. در مجموع با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش می‌توان بیان داشت که دلیل اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این پژوهش این است که درمان ذهن‌آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و رفتار بیمار می‌شود. همچنین، می‌توان گفت چون ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی به ویژه عواطف منفی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند، بنابراین می‌تواند در بهزیستی روان‌شناختی نقش داشته باشد. درمان ذهن‌آگاهی با تعدیل در رفتارهای منفی و افکار منفی موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود، زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند.

در سطح کاربردی یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی به ویژه عواطف منفی در دانشجویان مضطرب بوده است. با توجه به این‌که مطالعه حاضر یک مطالعه مقدماتی در این حیطه بوده است، بر این اساس انجام پژوهش‌های مشابه می‌تواند ضمن محک‌زدن نتایج این پژوهش، راهنمایی برای تدوین بسته‌های درمانی اختصاصی برای بهزیستی ذهنی باشد. از محدودیت‌های عمده این مطالعه نیز می‌توان به نمونه آماری و روش نمونه‌گیری استناد کرد که با توجه به این‌که کلیه نمونه‌های این مطالعه به شیوه داوطلبانه و از بین دانشجویان مرد انتخاب شدند، در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مطالعات تجربی کنترل شده‌تری بر روی نمونه‌های بالینی با تشخیص اختلال‌های اضطرابی مشخص انجام شود. علاوه بر این نبود سنجش‌های پیگیرانه برای ارزیابی میزان ماندگاری تأثیر مداخله 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.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت‌کنندگانی که در انجام این تحقیق کمک کرده‌اند، کمال تشکر و سپاس‌گزاری را داریم.

References:

1. Kaviyani H, Ahmadi SA, Dehghan M, Mansoorniya MA, Khoramshahi M, Ghadirzadeh MR. The prevalence of anxiety disorders in Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior) 2004; 8(3): 4-11. (Persian)
2. 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.
3. Berggren N, Derakshan N. Attentional control deficits in trait anxiety: Why you see them and why you don't. Biological Psychology 2013; 92(3): 440-446.
4. Essau CA, Petermann F. Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and intreatment. MMW Fortschr Med 1999; 141(27): 32-35.
5. Luhmann M, Hofmann W, Eid M, Lucas RE. Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. Journal of personality and Social Psychology 2012; 102(3): 592-615.
6. Ryff CD, Singer BH, Love GD. Positive health: Connecting well-being with biology. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences 2004; 359(1449): 1383-1394.
7. Snyder CR, Lopez SL. The handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press; 2002.
8. Megan EB, Trent AP. Psychological well-being and the body dissatisfaction–bulimic symptomatology relationship: An examination of moderators. Eating Behaviors 2011; 12(4): 233-241.
9. Burns RA, Machin MA. Identifying gender differences in the independent effects of personality and psychological well-being on two broad affect components of subjective well-being. Personality and Individual Differences 2010; 48(1): 22-27.
10. Diener E. New findings and future directions for subjective well-being research. American Psychologist 2012; 67(8): 590-601.
11. Diener E, Tay L. Subjective well-being and human

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. International Journal of Psychology 2015; 50(2): 135-149.

12. Jani S, Molai M, Changi S, Pooresmaeeli A. The efficacy of cognitive therapy based on religious on dead anxiety, social adjustment and psychological well-being in patients with cancer. Journal of Ilam Medical Science 2015; 22(5): 94-103. (Persian)
13. Ekrami R, Ghomri, M, Jafari A, Aghapoor M. The efficacy of group happiness training on psychological well-being and positive and negative effects in females. Journal of Woman and Family Research 2014; 6(22): 21-35. (Persian)
14. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. General Hospital Psychiatry 1982; 4(1): 33-47.
15. Segal ZV, Williams JM, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. London, UK: Guilford Press; 2002.
16. Segal ZV, Williams JM, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. London, UK: Guilford Press; 2013.
17. Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls G, Harrington JE, Thomas PW. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. Journal of Clinical Oncology 2012; 30(12): 1335-1342.
18. 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.
19. Helmes E, Ward BG. Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. Aging & Mental Health 2017; 21(3): 272-278.
20. Green SM, Bieling PJ. Expanding the scope of mindfulness-based cognitive therapy: Evidence for effectiveness in a heterogeneous psychiatric sample. Cognitive and Behavioral Practice 2012; 19(1): 174-180.
21. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2008; 76(6): 966-978.
22. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS ONE 2014; 9(4): 96-110.
23. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2009; 15: 593-600.
24. Nyklicek I, Dijksman SC, Lenders PJ, Fonteijn WA, Koolen JJ. A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: the MindfulHeart randomized controlled trial. Journal of Behavioral Medicine 2014; 37(1): 135-144.
25. Frank JL, Reibel D, Broderick P, Cantrell T, Metz S. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on educator stress and well-being: Results from a pilot study. Mindfulness 2015; 6(2): 208-216.
26. Ollendick TH, King NJ, Yule W. International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. Issues in Clinical Child Psychology; 2013.
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(3): 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, editors. Fatadid Publishing; 2005.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

30. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory' STAI. Asian American Journal of Psychology 1983; 5: 145-185.
31. 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; 8(29): 83-91. (Persian)
32. Panahi shahry M. Preliminary review of the validity, validity and accuracy of the anxiety-status state log. [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1993. (Persian)
33. Mehram B. Standardization of spielberger anxiety test in Mashhad. [dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabai University; 1993. (Persian)
34. Molavi H, Torkan H, Soltani I, Palahang H. Structure standardization, validity and reliability of subjective well-being questionnaire. IJPCP 2010; 16(3): 231-238.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

Original Article

EFFECT OF MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY ON SUBJECTIVE WELL-BEING IN ANXIOUS STUDENTS OF UNIVERSITIES

Seyedeh Zahra Ahmadi[1], Asghar Norouzi[2], Maryam Hamedi[3]*

Received: 18 March, 2017 Accepted: 14 May, 2017

Abstract

Background & Aims:

Reducing of subjective well-being is the most prevalent problem in anxiety disorders. The present study was designed to investigate the effect of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on subjective well-being in anxious students of universities.

Materials & Methods :

This study is experimental with pretest-posttest design. 16 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. The results analyzed with Covariance.

Results:

The results of this study indicate that MBCT is effective and useful strategies in increasing of subjective well-being and reducing of negative affects in anxious students.

Conclusion:

According to the results MBCT can be effective in increasing of subjective well-being by reducing of negative affects.

Key Words: Anxiety, Mindfulness based cognitive therapy, Negative affects, Positive affects, Subjective well-being

Address: *Sari, Islamic Azad University, Sari Branch, Faculty of Psychology*
Tel: *+989375743047*
Email: *f.mohammadnejad2013@gmail.com*

SOURCE: Journal of Psychology New Ideas, 2017: 1(2): 35-44 ISSN: 2588-3356

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

[1] *MA Student of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (Corresponding Author)*
[2] *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran*
[3] *MA Student of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran*